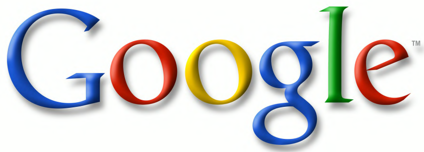


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
H106 .I61 1894 S STOR
Atti dell'XI Congresso medico internazio



24503285484

LANE

MEDICAL 

LIBRARY

JANE LATHROP STANFORD
JEWEL FUND

International medical congress

ATTI

DELL'XI CONGRESSO MEDICO

INTERNAZIONALE

ROMA, 29 MARZO—5 APRILE 1894

VOLUME V.

Ostetricia e Ginecologia, Dermosifilopatia, Odontoiatria, Otologia e Medicina legale



TORINO
ROSENBERG & SELLIER
Libreria Internazionale
3 — Via Bogino — 3

1895

LANE LIBRARY

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

INDICE

Prima seduta, 30 marzo 1894.

Seconda seduta, 30 marzo 1894.

38663

Terza seduta, 2 aprile 1894.

Quarta seduta, 8 aprile 1894.

Quinta seduta, 4 aprile 1894.

Ostetricia e Ginecologia

Prima Seduta.

30 Marzo 1894, ore 8.30.

Alle ore 8.30 ant. il Presidente del Comitato ordinatore della Sezione professor PASQUALI apre la seduta, invitando i presenti a venire alla nomina del presidente definitivo, per i lavori del Congresso.

Per acclamazione è nominato il professor PASQUALI (Roma).

Il presidente, dopo i complimenti di uso, presenta all'approvazione del Congresso, come *presidenti di onore* per la sezione, i signori professori: OLSHAUSEN, GUESSEROW (Berlino) — WINCKEL (Monaco) — CHROBACK (Vienna) — LEOPOLD (Dresda) — MARTIN (Berlino) — FRITSCH (Bonn) — A. RUSSEL-SIMPSON (Edimburgo) — GRANVILLE BANTOCK (Londra) — PINARD (Parigi) — REIN (Kieff) — KOEBERLÈ (Strassburg) — ZWEIFEL (Lipsia) — MURDOCH-CAMERON (Glasgow).

La proposta è approvata all'unanimità.

Sono nominati *Segretarii:*

Per l'Italia: ROCCHI, LAURO, CIOIA — *Per la Germania:* LANDAU, WEHLE — *Per la Francia:* BAUDOIN, VARNIER.

Segretario responsabile: BASTIANELLI RAFFAELE.

RELAZIONE.

La sinfisiotomia.

Prof. **O. Morisani** (Napoli) relatore:

Signori! — Se fossi stato invitato a parlare della sinfisiotomia or sono due o tre anni, avrei dovuto profittare lungamente del vostro tempo e della vostra cortesia. Sarebbe stata necessaria una descrizione minuta e particolareggiata, una discussione lunga ed animata, un esame diligente ed accurato di cifre per dimostrarvi la reale utilità della operazione. Ma oggi

io non ho bisogno di discorrere molto a lungo sull'argomento: non è oramai più il tempo, in cui gli autori non si degnavano neppure di citare la sinfisiotomia nei loro trattati, o dichiaravano, come il professor Zweifel, che la sinfisiotomia appartiene al passato, ed ha soltanto un interesse istorico: oggi che per opera dei professori Pinard e Farabeuf e del dottore Varnier, ai quali son lieto di rendere pubbliche grazie, la sinfisiotomia risorta dall'oblio fu praticata in tutto il mondo, a me non incombe il dovere di giustificare la convenienza, o meno, della operazione, ma debbo solamente esaminare e discutere alcuni particolari relativi ai limiti in cui è indicata la operazione, o alle cause di mortalità, o a certe modalità dell'atto operativo, o a certi connubii di questa con altre ostetriche operazioni.

1. Niuno dubita più, io credo, che il taglio della sinfisi produca un aumento di capacità nei bacini angusti entro certi limiti, per cui divenga possibile il passaggio di un feto maturo, il quale senza quel taglio non avrebbe potuto compiersi.

Il meccanismo, con cui si ottiene lo indicato aumento di capacità è quello stesso che esposi già nel 1863, rilevandolo da un certo numero di esperienze fatte su cadaveri di puerpere.

Tagliata la cartilagine interpubica sopra una partoriente o sul cadavere di una donna morta in puerperio, i due pubi si allontanano di due a tre centimetri; è, bene inteso, che nel taglio debba essere compreso il ligamento triangolare. Lo allontanamento si verifica spontaneo, stando le cosce flesse sul bacino e le gambe sulle cosce. Se si divaricano le cosce mercè una leggiera pressione sulla loro faccia interna, lo allontanamento può giungere con grande facilità a 6 ed anche a 7 centimetri, senza produrre alcuna lesione apprezzabile nelle sinfisi sacro-iliache. Queste, a dir vero, sono un po'divaricate, le lame fibrose superficiali un po'distese, ma i tessuti che formano l'articolazione si conservano perfettamente intatti ed immuni. Mercè pressioni energiche e lente lo allontanamento tra i pubi può essere anche più considerevole.

Questa immunità delle articolazioni sacro-iliache è stata luminosamente dimostrata dal professore Pinard. Nella sua lezione pronunziata nella Clinica Baudelocque, e pubblicata negli ***Annales de gynécologie***, febbraio 1892, egli presenta un taglio fatto secondo il piano del distretto superiore del bacino di una donna morta di nefrite nove giorni dopo un parto a termine, nel quale i pubi furono allontanati di 6 centimetri. Dopo e per effetto di un tale divaricamento l'articolazione sacro-iliaca è beante in avanti, i potenti ligamenti posteriori sono intatti, e non soffrirebbero dallo allontanamento dei pubi, qualunque ne sia la estensione; il sottile ligamento anteriore, il quale resiste al divaricamento, non è lacerato, ma soltanto scollato dalla faccia anteriore dell'osso iliaco. Ed aggiunge, allorchè i mezzi, che sostenevano lo allontanamento son rimossi, e si chiude il bacino, le superficie dell'articolazione sacro-iliaca si avvicinano, e bisogna far molta attenzione per rinvenire le tracce dello scollamento.

Le due ossa iliache, disgiunte in avanti, rotano come due archi di cerchio sul loro estremo posteriore (l'articolazione sacro-iliaca) intorno ad un corpo fisso, il sacro. Anche questa rotazione viene dimostrata dalla figura presentata dal professor Pinard, e dalle figure schematiche del professor Farabeuf. Da questa rotazione deriva non solo un aumento di lunghezza

delle due linee, che dal mezzo del promontorio sacrale si portano a ciascun estremo dei pubi divisi, che sono le corde dei due archi rotanti, ma anche un aumento di lunghezza di tutte le linee, che dal centro del promontorio si possono immaginare tirate a ciascun punto della metà anteriore del bacino, al quale allungamento segue di necessità un aumento di tutta la circonferenza pelvica. E questo aumento si fa progressivamente maggiore in ragione del grado di rotazione delle due ossa innominate. Nel taglio infatti sopra citato del Pinard il bacino, il quale aveva 10 centimetri e 8 millimetri di coniugata è divenuto di 12,4, vale a dire, ha guadagnato 14 millimetri. Lo aumento poi progressivo della capacità è dimostrato dalle figure schematiche del Farabeuf (Vedi *Annales de gynécologie*, dicembre 1892).

Da quello che ho detto deriva lo esatto apprezzamento dei limiti, nei quali deve essere stabilita la indicazione della operazione di cui ci occupiamo.

Riflettiamo infatti che il divaricamento dei pubi non deve oltrepassare 6 a 7 centimetri, affinchè sia conservata la integrità delle articolazioni sacro-iliache; con questo divaricamento le linee sacro-pubiche guadagnano circa 13 a 15 millimetri. Si aggiunga, che la gobba parietale anteriore, insinuandosi tra i pubi disgiunti, dà indirettamente una riduzione di 6 ad 8 millimetri, la qual cosa fa guadagnare in tutto 20 a 22 millimetri.

D'altra parte riflettiamo, che il diametro biparietale di un feto a termine è di 95 millimetri, e con un po'di riduzione, di 90, e comprenderemo facilmente, che il parto sarà possibile, mercè la divisione della sinfisi nei restringimenti del bacino con 67 millimetri di coniugata, ma con una certa difficoltà; sarà poi relativamente facile a 70 millimetri. Questo è il limite inferiore della sinfisiotomia, ed in questa specie di bacini la operazione può riuscire utile e benefica. Al di sotto di questo limite essa non è più indicata, e benchè in circostanze eccezionali se ne sia ottenuto qualche benefizio, il suo uso non è più nè logico, nè ragionevole.

Aggiungerò che la sinfisiotomia è ugualmente indicata nei casi, in cui un tumore peri od uterino, o delle pareti pelviche fisso ed immobile ostruisca lo scavo del bacino, alla condizione che lo aumento di capacità ottenuto mercè la operazione basti ad assicurare il passaggio di un feto a termine di medie dimensioni.

Il limite superiore è generalmente stabilito a 85 millimetri. Ma a questo limite superiore bisogna concedere una certa elasticità. Imperocchè non si può nè si deve mettere in dubbio, che con una coniugata di 90 ed anche di 95 millimetri, la sinfisiotomia sia bene indicata, sempre che la testa del feto, con le pratiche opportune, non giunga ad impegnarsi nel distretto superiore del bacino.

Non si obietti che a 81 e maggiormente a 85 millimetri di coniugata il parto è a rigore possibile per opera della natura, o per l'applicazione del forcipe. Certo in condizioni eccezionali, con una testa di feto piccola o grandemente riducibile, le forze naturali bastano a vincere l'ostacolo ed a compiere la espulsione; ma in condizioni normali ciò non avviene.

So bene, che le trazioni energiche, violente, prolungate sul forcipe bastarono qualche volta ad estrarre la testa fetale nelle accennate condizioni d'angustia; ricordo ancora un'epoca, in cui alla forza non minima di un operatore, si aggiungeva quella di un aiutante non meno vigoroso e

robusto, e si tirava senza posa con la energia congiunta di quattro mani, e con la volontà di persone, le quali non ignoravano, che, falliti i tentativi, bisognava perforare il cranio e schiacciarne la base. Spesso innanzi a così grande impiego di forza le difficoltà cedevano, gli ostacoli erano vinti, e la testa estratta; ma raramente veniva fuori un feto vivo; o era già morto, o aveva riportato tali lesioni delle ossa craniche, da soccombere dopo breve ora.

Ma allora il forcipe non è più istrumento di vita, bensì un arnese di morte; e la operazione è convertita in una cefalotripsia mascherata, con l'aggiunta, che questa ultima sarebbe per gli organi materni meno grave e meno offensiva.

Del resto, nessun ostetrico pone in dubbio, io credo, che il forcipe al distretto superiore sia un istrumento grandemente pericoloso e spesso compromessivo della vita del feto (nella clinica di Zweifel su 68 operazioni si ebbero 5 feti morti = 7,3 per cento); e notisi che lo istrumento fu adoperato nei gradi *minimi* di angustia, e fu applicato da mani abili, esercitate e non imprudenti. Nè mi pare necessario di insistere molto sul proposito, dopo che i danni del forcipe nei bacini angusti furono dimostrati sperimentalmente dal Farabeuf.

Malgrado tutto ciò fin dal 1863 io proponeva, che in simili circostanze non solo si accordi il giusto tempo all'aspettazione, ma inoltre che si faccia precedere al taglio della sinfisi un discreto e prudente tentativo col forcipe, il quale istrumento dovrebbe esser messo da banda non appena dopo moderate trazioni si trovi difficoltà allo impegno della testa.

In quanto al rivolgimento confesso di non aver molta fiducia in questa operazione nelle angustie medie della pelvi. Già la mortalità dei bambini è considerevole, anche quando il rivolgimento è praticato in pelvi normali; nelle anguste poi è addirittura enorme (29 per cento: Zweifel). Ammeno quindi di certe forme speciali di viziatura pelvica (bacini asimmetrici) e di restringimenti molto lievi, non mi pare che si debbano sperare grandi beneficii da questo atto operativo.

2. Nelle mie precedenti pubblicazioni ho più volte fatto notare, che la sinfisiotomia è operazione la quale vien praticata nello interesse della madre, non meno che del feto. L'antagonista naturale di questa operazione è la embriotomia; il che importa non esservi ragione alcuna di tagliar la sinfisi, allorchè il feto è già morto. La sinfisiotomia a feto morto è una operazione ingiustificabile, meno alcune circostanze eccezionali, di cui parleremo più innanzi.

V'è però il caso, che il feto non sia morto, ma gravemente compromesso nella sua vitalità: è lecito allora aprire la sinfisi, o conviene meglio ricorrere alle pratiche embriotomiche? Avviene non raramente, che arrivi in una Clinica o in una Maternità una donna con vizio pelvico, nella quale il travaglio dura già da tre o quattro giorni, le membrane sono rotte e le acque colate da molte ore, e quantunque l'ascoltazione mostri che il feto sia ancora vivo, nondimeno la eccessiva frequenza dei battiti cardiaci, e l'alterazione del ritmo fanno avvertito l'ostetrico che il feto sia molto sofferente, sicchè si può giudicare, che nel tempo necessario per preparare e per compiere la operazione, la vita abbia probabilmente ad estinguersi.

Il giudizio in casi simili è difficile, la responsabilità è grave; nondimeno a me pare, che quando i turbamenti delle pulsazioni cardiache fe-

tali abbiano tale importanza da indurre il convincimento, che la vita del feto non possa esser conservata, la indicazione della sinfisiotomia non sia giustificata, e siano a preferire le pratiche embriotomiche.

Insomma, a parer mio, allorchè il feto è morto, o gravemente compromesso nella sua vitalità, la sinfisiotomia è una *cattiva operazione*. Il giudizio poi sulle condizioni della vitalità fetale deve esser rimesso in ciascun caso particolare al senno ed alla esperienza dell'ostetrico.

3. In generale la operazione della sinfisiotomia si pratica al termine normale della gravidanza, allorchè il travaglio è già cominciato e progredita la dilatazione dell'orifizio uterino. Nondimeno può anche esser fatta in epoca prematura.

È noto che nel 1867 un valoroso chirurgo napoletano, il dottor Jacolucci, affine di evitare la operazione cesarea, propose di congiungere la sinfisiotomia col parto prematuro e con la embriotomia.

L'una e l'altra lega erano destinate a vincere le angustie estreme del bacino, la prima con feto vivo, e la seconda con feto morto.

Mi pare molto importante che sovra l'una e l'altra associazione tra i due atti operatorii io richiami brevemente la vostra attenzione.

« Data una donna, diceva il Jacolucci, con bacino angusto, la cui coniugata misuri appena 54 millimetri, è chiaro che a questa donna dovrebbe esser praticata la operazione cesarea. Ora io propongo di combinare il parto prematuro a sette mesi con la sinfisiotomia.

« Invero, tagliata la sinfisi, il diametro sacro-pubico si allungherebbe sino a 67 millimetri, ed anche sino a 71, e quindi si renderebbe facile il passaggio di un feto settimestre. Non v'è dubbio, che la madre soffrirebbe i danni del parto prematuro e della sinfisiotomia; ma nel tutto insieme sono essi paragonabili con quelli del parto cesareo? »

Ora a proposito di questa lega io mi permetto di fare due osservazioni-

a) Essa fu proposta in un'epoca, in cui la operazione cesarea presentava per le madri una proporzione gravissima di mortalità. L'ostetrico, il quale poneva mano ad aprire il ventre e l'utero di una donna partoriente, procedeva all'atto operativo, costrettovi da imperiosa necessità, atteso che sottoporre la donna al taglio cesareo valeva quasi segnarne la sentenza di morte. I tentativi quindi per evitare la temuta e gravissima operazione erano perfettamente giustificati.

b) Il parto prematuro congiunto alla sinfisiotomia fu praticato dal Novi due volte, e da altri ancora e da me medesimo nel 1879. Ma oggi che le cifre di mortalità del parto cesareo sono considerevolmente diminuite, non mi pare nè logica, nè benefica l'applicazione dell'alleanza, di cui ci occupiamo. Si sa, che le difficoltà e i pericoli delle pratiche operative nei bacini angusti crescono in ragione del grado dell'angustia; si sa, che nei bacini grandemente ristretti si verificano assai soventi irregolarità di forma; gli ostetrici non ignorano, come e quanto sia difficile in simili circostanze di riconoscere l'alterazione reale della capacità pelvica, ed il volume del feto e l'epoca della gravidanza, e i limiti, nei quali la sinfisiotomia può riescire veramente efficace. Tutte queste incertezze può solamente apprezzare colui, che della operazione abbia fatto uno studio accurato e profondo, che sia nella pratica abbastanza versato, e che sappia rendersi conto della grave responsabilità che importa la scelta dell'uno piuttosto che dell'altro

atto operativo. Che se i rovesci che si attribuivano alla sinfisiotomia noi siamo riusciti a dimostrare immaginarii nelle angustie medie della pelvi (da 67 millimetri in sopra di coniugata), non potremmo, nè oseremmo sostenere altrettanto nelle angustie, in cui la coniugata è al di sotto dei 67 millimetri.

Arrogi i pericoli che corre il feto. Non ho bisogno di far rilevare la grande mortalità dei feti prematuri, la quale, quantunque attenuata dai mezzi e dagli apparecchi di recente invenzione, non cessa di essere molto considerevole. Di questi pericoli devesi per certo tener conto nei risultati della operazione, la quale è fatta nello interesse del feto non meno che della madre.

Sicchè sommati i pericoli delle due operazioni riunite, tenuto conto della mortalità fetale, non mi pare nè utile nè ragionevole ricorrere alla lega proposta a preferenza del taglio cesareo.

Mi piace inoltre far notare, che, a parer mio, non sia giusto il concetto di coloro, i quali pensano, non potersi ad epoca più o meno lontana dal termine della gravidanza contare sulla cedevolezza delle articolazioni pelviche. È certo che a termine la cedevolezza articolare raggiunge il massimo grado possibile e che esso sia utilissimo per una innocua distensione dei ligamenti anteriori delle sinfisi sacro-iliache durante il divaricamento dei pubi. Ma non deve negarsi che, anche innanzi il termine, ad epoca avanzata della gestazione, quando è lecito provocare il parto prematuro, le articolazioni pelviche siano rammollite a segno, da permettere il divaricamento dei pubi, senza offesa delle sinfisi sacro-iliache. E noi, istruiti dalla esperienza, non esiteremmo ad eseguire la sinfisiotomia in casi di parto prematuro spontaneo, allorchè la coniugata fosse di poco inferiore al limite più basso stabilito per il taglio della sinfisi, come infatti praticammo sulla nominata Ajello, riportata al n. 34 della Statistica pubblicata nel 1893.

L'altra lega è quella della sinfisiotomia con la embriotomia. Questa è destinata a compiere la estrazione d'un feto morto attraverso una pelvi estremamente angusta.

Questa alleanza per verità non mi pare giustificata nei casi, in cui gl'istrumenti demolitori della base cranica trovano capacità sufficiente ad essere introdotti e adoperati. La tecnica della embriotomia è resa così perfetta, gli strumenti destinati a ridurre il capo del feto, tanto efficaci e potenti (basiotribo, cranioclaste) e così inoffensivi per gli organi materni, che non mi pare si possa tentare a sostituire a questi embriotomici altri atti operativi.

Ma v'è il caso, in cui lo spazio manca, in cui un'angustia estrema non permette la introduzione della mano e degli istrumenti, o ne rende grandemente difficile e pericoloso il maneggio. In questi casi, qualora un esame accurato e diligente del bacino mostrasse, potersi con la incisione della sinfisi guadagnar tanto spazio, da poter compiere la operazione embriotomica, e la estrazione del feto, senza gravi offese degli organi materni, la lega tra le due operazioni deve essere accettata. Essa infatti eviterebbe il grave inconveniente di tagliare il ventre della donna per presentarle un cadavere. E d'altra parte, secondo Zweifel, quando il feto è morto, per lo più la operazione cesarea è preceduta da lungo travaglio e da tentativi reiterati di estrazione, le quali cose ne rendono molto grave il pronostico.

Del resto la clinica ha dimostrato la possibilità e la utilità di questa lega tra la sinfisiotomia e la embriotomia, la quale fu già praticata dal Novi, da me medesimo, e recentemente dal dottor Carbonelli, con risultati eccellenti.

Aggiungerò che può anche il taglio della sinfisi essere adoperato come mezzo di rendere possibile la embriotomia nel caso di presentazione trasversale con feto morto. Per questa indicazione io accetto interamente il parere del dottor Pinard. Allorchè a rendere inoffensive per la madre le pratiche e le manovre destinate ad operare la sezione del collo, o del tronco, è necessario che il bacino guadagni alcuni centimetri nella sua capacità, non ripugna di far ricorso al taglio della sinfisi.

4. In quanto alla tecnica del processo operativo, non ho molto a dire. Il processo da me adoperato mi pare semplice e sicuro; con un po'di abitudine e di esercizio attraverso una incisione esterna di 3 a 4 centimetri si giunge a trovare senza grandi difficoltà l'articolazione e a dividerla. Ma non credo che debba rifiutarsi una incisione esterna più ampia ed estesa, come praticarono il dottor Caruso e il professor Pinard. Nè mi pare indispensabile l'uso della falcetta di Galbiati; io l'ho spesso adoperata, ma ebbi ricorso anche in molti casi ad un bisturì bottonato a lama stretta e forte, e l'atto operativo fu compiuto con uguale speditezza e facilità. Tagliai l'articolazione di basso in alto e d'alto in basso, senza che nell'una e nell'altra maniera si fosse recata offesa ai tessuti vicini, o fosse surto alcuno inconveniente.

Nè trovo difficoltà a convenire, che in certi casi sia necessario ricorrere all'opera della sega a catena o dello scalpello, allorchè la sinfisi è ossificata. La ossificazione della sinfisi fu trovata da Siebold, ed è stata da alcuni ostetrici considerata come una obiezione grave alla operazione, imperocchè dalla ossificazione della sinfisi pubica credevamo si dovesse ammettere anche quella delle sinfisi sacro-iliache. La qual cosa viene smentita dalle osservazioni cliniche. Nella operata di Siebold infatti, e in una recente del professor Zweifel, e in parecchie altre, le ossa iliache si allontanarono senza difficoltà.

Io per verità non ho mai incontrato la completa ossificazione della sinfisi pubica, nè credo che si debba ammettere in tutti i casi, in cui si trova difficoltà a dividere col coltello l'articolazione. Non è raro che la difficoltà derivi da obliquità più o meno considerevole della sinfisi, come osservai in un caso recentissimo (non compreso nella statistica) o da notevole sottigliezza della superficie intera articolare, in guisa che con un bisturì più sottile il taglio vien compiuto agevolmente, mentre uno più grosso incontrava ostacolo, nè poteva progredire.

È indispensabile che sia tagliato il ligamento sotto-pubico. Il professor Leopold crede inutile questo taglio, e volentieri ne farebbe a meno. Anzi a lui pare non necessaria in ogni caso la sezione di tutta quanta l'altezza della sinfisi, poichè dopo il taglio della metà o dei tre quarti di essa, gli estremi pubici già si allontanano di tre centimetri. E siccome la operazione vien praticata più fequentemente in bacini rachitici, nei quali l'angustia ha sede nell'apertura d'entrata, rimanendo presso a poco normali le dimensioni dello scavo pelvico, così il taglio della parte superiore della sinfisi basta nel maggior numero dei casi ad ottenere il passaggio della testa del feto, la

quale, ove fosse necessario, potrebbe essere spinta giù nell'apertura di entrata con esterne pressioni.

Per verità io non posso accettare nè l'una, nè l'altra delle modificazioni proposte dal dotto ostetrico, e dall'abile operatore tedesco. La esperienza e la clinica mi hanno dimostrato, essere il taglio del ligamento arcuato indispensabile per ottenere l'aumento della capacità pelvica, che è lecito aspettarsi dalla sinfisiotomia. Le esperienze cadaveriche mostrano, come il ligamento triangolare sia potente ed inestensibile e permette appena un piccolo divaricamento angolare della sinfisi, allorchè vien conservato. Nella pratica poi alcuna volta mi avvenne di lasciare integro il ligamento, ma il divaricamento dei pubi era di dimensioni molto discrete, ed insufficiente allo impegno della testa fetale nell'apertura d'ingresso del bacino. E la testa sarebbe rimasta libera al disopra del distretto superiore se la recisione tardiva di quel ligamento non avesse permessa una più larga rotazione delle ossa iliache ed un aumento di circonferenza più proporzionato al volume del capo del feto.

Che se qualche volta, non reciso il ligamento sotto-pubico, si potè compiere la espulsione del feto, ciò avvenne perchè il capo, spinto da energiche contrazioni uterine, o tirato giù con forza, riuscì a vincere le resistenze opposte dalle fibre ligamentose, le quali strappate e rotte diedero, mercè una ferita lacera, quei medesimi risultati, che si sarebbero ottenuti con una ferita da taglio più regolare e più netta.

E d'altra parte qual benefizio si otterrebbe dalla mancata recisione del ligamento triangolare? Le statistiche mostrano, come la cicatrizzazione dell'articolazione divisa si ottenga in generale in dieci, quindici giorni, senza alcun disturbo apprezzabile nella deambulazione; non si potrebbe certo sperare una guarigione più sollecita, nè più perfetta, se si conservasse lo accennato ligamento.

Il taglio poi parziale della sinfisi dà risultati pressocchè nulli. Sempre che la metà inferiore dell'articolazione pubica rimanga intatta, il divaricamento è insignificante, e quindi di pochissimo o nessun momento lo aumento della capacità pelvica, malgrado la abduzione delle cosce; tanto varrebbe non tagliare affatto l'articolazione; della qual cosa ognuno può assicurarsi, facendone la esperienza sul cadavere.

Debbo ancora aggiungere, essere precetto rigoroso, che l'ostetrico si assicuri, prima di procedere oltre, che il ligamento sotto-pubico, come tutta l'articolazione sieno stati interamente divisi, e con l'abduzione delle cosce sia sicuro di avere ottenuto un considerevole divaricamento delle ossa, il quale per l'ordinario varia dai quattro ai cinque centimetri, per arrivare a sei o sette centimetri nel passaggio della testa. Con un po' di pratica le dita dell'operatore bastano ad accertare il grado del divaricamento, senza bisogno di alcun istrumento misuratore.

Compiuta la incisione della cartilagine, applico frequentemente il forcipe ed estraggo il feto. Questa frequente applicazione mi fu da qualcuno rimproverata.

Ora mi piace dichiarare, che l'uso del forcipe non è a ritenersi indispensabile. Ogni volta che la operazione sia praticata nei limiti della sua indicazione, le proporzioni tra la testa del feto ed il bacino si ristabiliscono nella giusta misura, in guisa che è lecito contare sulla espulsione

del prodotto del concepimento per opera sola della natura, alla condizione però che le contrazioni uterine conservino la normale regolarità ed energia. E quando ciò avviene, prescriviamo che si aspetti il compimento spontaneo del parto. La qual pratica era consigliata e seguita al principio del secolo da Galbiati.

Ma l'accennata condizione sovente non si verifica. O che per la lunga durata del travaglio l'utero rimanga spossato, o che per la influenza del sonno cloroformico la energia contrattile dell'organo si attenui ed intorpidisca, il fatto è che le contrazioni divengono più lente, meno intense e separate da lunghi intervalli. E allora anzichè tenere la donna lungamente sul letto del dolore, e lasciare molto tempo esposta la ferita articolare in condizioni non certo grandemente favorevoli, preferisco compiere la estrazione del feto con un atto operativo, il quale eseguito con prudenza e regolarità, non aggrava sensibilmente le condizioni della madre, nè del prodotto; la qual cosa del resto viene ampiamente confermata dalle statistiche.

Espletato il parto pratichiamo la sutura della ferita a punti staccati superficiali e profondi con la seta.

V'è di coloro, i quali credono necessaria o almeno grandemente utile la sutura dei corpi ossei divisi. Il professore Zweifel opina, che la sutura ossea permetta di realizzare una emostasia perfetta, e che assicuri la solidità delle articolazioni pelviche meglio della cucitura delle parti molli. Nei casi, in cui la sutura ossea non fu fatta, si poteva rilevare nella parte posteriore dell'articolazione un divaricamento dei pubi di alcuni millimetri.

Noi per verità non abbiamo mai fatta la sutura ossea, e del preteso divaricamento non ci siamo giammai accorti; la cicatrizzazione fu in ogni caso perfetta, e la solidità dell'articolazione interamente ricostituita. Non è che la sutura ossea fatta con fili d'argento o con forte catgut sia difficile ad eseguire, ma certamente contribuisce a rendere più lungo e complicato l'atto operativo senza necessità.

È importante infine dichiarare, che, a parer mio, è biasimevole la condotta di coloro, i quali interpongono tra gli orli della soluzione di continuità un corpo estraneo, affine di ottenere una riunione per seconda intensione. Questo procedimento, oltre a rendere più lento e stentato il lavoro cicatriziale lascia sempre un intervallo tra i margini dell'articolazione divisa, con manifesto malifizio della operata.

In quanto agli apparecchi speciali per tenere immobile il bacino e strettamente avvicinate le ossa divise, essi non sono indispensabili. Vi fu un tempo, nel quale eravamo soliti di circondare la pelvi con apparecchi amovo-inamovibili fatti con amido, con gesso, o con silicato di potassa; ma poco a poco la esperienza ci ha insegnato, che basta una fasciatura semplice contentiva, e la ligatura dei ginocchi per assicurare la perfetta guarigione. Ma con ciò non vogliamo censurare quegli operatori i quali avendo a loro disposizione un apparecchio più o meno ingegnoso ed efficace, se ne servono, tanto più che le donne operate non sempre conservano la calma e il riposo necessario dopo la operazione.

È inutile infine dire che le più rigorose pratiche antisettiche debbano precedere, accompagnare e seguire alla operazione, visto che noi intendiamo occuparci esclusivamente della sinfisiotomia antisettica.

5. Uno dei rimproveri maggiori fatti alla sinfisiotomia è quello che possa nell'atto operativo aversi abbondante perdita di sangue in proporzioni talvolta veramente emorragiche. Ponendo da banda quei casi del tutto eccezionali e rarissimi nei quali fu durante la operazione offeso un ramo arterioso, il cui cammino irregolare ed anomalo lo fece capitare sotto al coltello, in generale si tratta di una perdita di sangue a nappo proveniente o da discreta lacerazione dei corpi cavernosi, o da offesa dei plessi prevescicali. Contro queste perdite furono proposte ligature più o meno ingegnose, ma invano; il mezzo più sollecito ed efficace per arrestarle è lo zaffo della ferita. A questo mezzo abbiamo veduto sempre e costantemente seguire la cessazione delle perdite sanguigne. In quanto alle piccole perdite di sangue che vengono dalla ferita cutanea, basterà, per infrenarle, ligare i piccoli vasi, a misura che vengono divisi.

È inutile che dica della impotenza o difficoltà a camminare, della insufficiente consolidazione della sinfisi divisa, dei prolassi utero-vaginali, inconvenienti tutti che si attribuirono alla sinfisiotomia. Oramai il tempo e la esperienza di tutti questi ingiusti addebiti hanno fatto giustizia, nè v'è ostetrico pratico, il quale creda, che se ne debba tener conto.

Le lacerazioni della parete anteriore della vagina, che molti han notate, sono però abbastanza rare. Io non ne ho mai viste durante il divaricamento dei pubi; una sola volta si è verificata una lacerazione non molto estesa in donna primipara nell'atto della estrazione della testa. Non fu necessario praticare sutura; un semplice zaffo con garza iodoformica bastò, perchè si ottenesse la riunione per prima intensione.

Queste lacerazioni, come giustamente avverte il Varnier, vengono per mancanza di sostegno delle parti molli nel momento della estrazione della testa. Esse quindi possono essere facilmente evitate, avendo la precauzione di avvicinare le ossa innominate prima di compiere la estrazione, affine di rendere alle parti molli il loro naturale sostegno.

Non parlo infine delle offese dell'uretra o della vescica seguite alla operazione; è evidente, che queste non debbano essere attribuite al processo operativo, ma a speciali circostanze, o a poco accorgimento dell'operatore.

6. Stabiliti con esattezza i limiti della sinfisiotomia, è facile argomentare che certi paragoni tra questa e alcune altre ostetriche operazioni non possono essere accettati.

Non si può, p. es., stabilire un paragone tra il taglio della sinfisi e il parto cesareo detto di necessità: l'una operazione comincia là dove l'altra finisce. Al disotto di 67 millimetri di coniugata il parto cesareo è nel suo diritto; nulla è lecito sperare della sinfisiotomia. In seguito al divaricamento enorme delle ossa innominate si produrrebbero assai probabilmente nelle articolazioni sacro-iliache guastamenti tanto gravi, da compromettere la vita, o determinare una lesione funzionale permanente.

Ben vero per un certo tempo alcuni ostetrici valorosi trascinati e quasi sedotti da una statistica, che un tempo era follia sperare, non esitarono a tagliare il ventre e l'utero con esagerata facilità, quasi con leggerezza; e surse e fu praticato un parto cesareo detto di elezione (tra 70 e 80 mill. di coniugata). A questa gastro-isterotomia di elezione noi non abbiamo mai plaudito, e contro di essa abbiamo propugnata la sinfisio-

tomia. E ci pare a ragione. Infatti per quanto rosee vogliano essere le statistiche, non si può negare, che nella operazione cesarea si abbia una mortalità del dieci al dodici per cento, che è già qualche cosa.

Ma bisogna tenere anche conto di certi inconvenienti che tengono dietro alla operazione, l'aderenza p. es. della sutura tra la sierosa dell'utero e il peritoneo parietale. Le quali aderenze, quantunque teoricamente pare possano evitarsi, nondimeno in pratica o non si riesce affatto, o con grande difficoltà. Ora queste aderenze tra l'utero e la parete addominale anteriore possono avere conseguenze abbastanza gravi in una nuova gravidanza, come un'antiversione o uno sventramento.

La operazione, con la quale deve esser paragonata la sinfisiotomia è la craniotomia e lo schiacciamento della base del cranio. Ora questa operazione non si può dire, che sia per la madre inoffensiva. So bene, che mercè la perfezione degl'istrumenti embriotomici, l'abilità degli operatori, e l'uso dei mezzi antisettici, si ebbero risultati eccellenti; non ignoro che il professore Pinard praticò un gran numero di basiotripsie, senza alcuna mortalità per le madri; ma non tutti furono così felici operatori, e un discreto numero di madri morte è segnato in tutte le statistiche. E poi è giusto si tenga anche conto del numero dei bambini condannati a morire, e che con la sinfisiotomia vengono conservati in vita; e quando tutto sia messo a calcolo, si scorge agevolmente, che il vantaggio debba rimanere al taglio della sinfisi.

7. Arrivo ora alla quistione del parto prematuro. Nei miei scritti io espressi una opinione favorevole alla interruzione prematura della gravidanza in comparazione con la sinfisiotomia: io dichiarai che farebbe una cattiva chirurgia quell'ostetrico, il quale consultato da una donna alla fine del settimo od ottavo mese di gravidanza le consigliasse di andare sino al termine, per praticarle la sinfisiotomia. Ma vi prego di riflettere, che nel tempo in cui io parlava a questo modo, il taglio della sinfisi era bandito dalla pratica generale; la mia voce sola più che modesta parlava in suo favore. Ogni mezzo doveva esser posto in opera, qualunque concessione fatta, pur di ottenere che la sinfisiotomia fosse sperimentata, poichè lo esperimento, a mio modo di vedere, non poteva che dimostrarne la efficacia e la utilità.

Ma ora che la sinfisiotomia conta valevoli sostenitori tra i più distinti ostetrici, ecco quello che mi sembra più conforme alla buona pratica.

Le statistiche dimostrano che i mezzi adoperati per provocare il parto prematuro sono quasi sempre inoffensivi per la madre, e i bambini nascono, per lo più, vivi. Ma allorchè si vuole tener conto del fine ultimo del parto, quello cioè di avere un prodotto capace di vivere, i risultati sono molto infelici. Nondimeno è a riflettere, che la mortalità dei bambini prematuri è in relazione con l'epoca, in cui la gestazione fu interrotta. La maggior parte dei neonati alla fine del settimo o nel corso dell'ottavo mese, è destinata a morire nei primi giorni, o nelle prime settimane dopo la nascita; quelli invece che vengono a luce nella fine dell'ottavo o nelle prime settimane del nono mese hanno maggiore probabilità di sopravvivere, soprattutto quando essi siano circondati da cure assidue ed intelligenti.

Mi pare dunque che la questione possa essere risoluta nel seguente modo. Per le donne, nelle quali il bacino ha tali dimensioni, da richiedere il parto prematuro alla fine del settimo o nel corso dell'ottavo mese

(da 70 a 81 mill.), miglior partito è quello di farle andare a termine e praticare la sinfisiotomia; per quelle invece nelle quali la capacità pelvica può permettere la espulsione di un feto prematuro nella prima o nella seconda settimana del nono mese, è lecito ed utile, che il parto anticipato sia preferito al taglio della sinfisi nel termine naturale della gravidanza.

8. Nel fascicolo di febbraio 1893 degli *Annales de gynécologie* il dottore Varnier ha descritto con esatti documenti la storia della sezione delle ossa pelviche; io non la ripeterò. Solamente mi sia permesso di dichiarare, che quantunque Aitken nel 1785 avesse già proposta la sezione dei pubi, e quella delle branche ischio-pubiche, nondimeno tra la operazione di Aitken e quella di Galbiati esiste una differenza, che a me pare molto importante. Infatti l'ostetrico inglese lasciava intatta la sinfisi del pube, e il napoletano la voleva incisa. E mentre il primo formava di tutto il segmento anteriore del bacino una specie di barriera mobile destinata a cedere alla pressione del feto e permettere il parto, l'altro invece, quando la sezione era fatta ad ambo i lati, apriva una porta bi-valve, formando per tal modo una via artificiale di uscita al feto. Non parlo della sezione unilaterale, perchè questa dal Galbiati stesso, e dai suoi successori, fu riconosciuta insufficiente.

La operazione di Aitken non risponde allo scopo, che lo inventore si proponeva, perchè il segmento anteriore del bacino, anche quando le due branche ischio-pubiche siano segate, non può di molto allontanarsi in avanti, i ligamenti crurali e i muscoli otturatori vi si oppongono. Per contrario, tagliata la cartilagine che unisce i dui corpi dei pubi, le due ossa segate potranno l'uno dall'altro allontanarsi, e fatte mobili sui punti segati, come su due cerniere, si discosteranno l'uno dall'altro gradatamente, sino a mettersi in direzione verticale ai corpi pubici rimasti.

Ma detto ciò, a me pare strano addirittura che si possa pensare a un confronto tra queste operazioni, e quella proposta dal dottore Farabeuf ed attuata dal Pinard.

Notiamo in primo luogo, che la pelviotomia fu dai suoi inventori proposta come un atto operativo destinato ad essere sostituito al taglio cesareo. Infatti Aitken come conclusione ai capitoli *Pelviotomia*, *Embriotomia*, *Isterotomia*, si esprime così: « non si potrebbe quasi sempre evitare la isterotomia e la embriotomia mercè una *novella pelviotomia?* » Ed il Galbiati dichiara di volere con la sua operazione aprire una porta univalve, o bivalve nella metà anteriore del bacino, affinchè il feto invece di attraversare questo osseo canale, uscisse per questa porta preparata alla sua circonferenza; e tutto questo affine di evitare la gravissima operazione cesarea, la quale ha un esito quasi sempre funesto.

Per contrario la ischio-pubiotomia unilaterale è stata dal suo inventore proposta per una speciale alterazione pelvica, nella quale l'angustia è costituita dall'anchilosi di una delle sinfisi sacro-iliache congiunta ad appiattimento della cintura pelvica dal lato anchilosato (bacino obliquo-ovale di Naegele). Ora non solamente questa speciale alterazione del bacino era completamente ignorata al tempo di Aitken e di Galbiati, ma ancora questo speciale vizio pelvico (anchilosi di una articolazione sacro-iliaca) era considerato come una controindicazione alla sinfisiotomia. La idea dunque di segare la cintura pelvica, per ingrandire il lato del bacino ove esiste l'anghilosi dell'articolazione sacro-iliaca, è del tutto nuova.

Secondo. Nuovo del pari è il concetto informatore della tecnica operativa. Infatti la divisione dell'articolazione interpubica nel bacino di Naegele dà un risultato insufficiente. Le esperienze del Farabeuf dimostrano, che nella sinfisiotomia lo aumento del diametro coniugato non è uniformemente proporzionale al divaricamento dei pubi disgiunti: esso invece è accelerato, vale a dire che, minimo per i primi centimetri del divaricamento, cresce sempre più per ciascun nuovo centimetro aggiunto ai precedenti. Per esempio, se un divaricamento pubico di tre centimetri allunga il diametro antero-posteriore di otto millimetri, tre centimetri di divaricamento in più lo allungheranno non di otto, ma di dodici millimetri.

Ciò posto, la sinfisiotomia nel bacino, con anchilosi sacro-iliaca unilaterale, non può dare un aumento di capacità nella pelvi sufficiente allo impegno ed alla discesa della testa del feto. Imperocchè l'osso innominato del lato anchilosato non può, tagliata la sinfisi, eseguire il movimento di rotazione necessario a che si ottenga da quel lato lo aumento di capacità; e questo si verifica soltanto al lato opposto, ove la sinfisi sacro-iliaca conserva la sua normale mobilità. Sicchè supponendo, che nei casi normali, lo intervallo tra i pubi divisi sia di sei centimetri, nell'angustia pelvica, di cui ci occupiamo, esso non supererebbe trenta millimetri, producendo nel diametro coniugato un aumento del tutto insufficiente.

Per contrario, segando la branca orizzontale del pube e l'ascendente dell'ischio, e distaccando la membrana otturatrice, il lato anchilosato rimane immobile, ma il resto della cintura pelvica grazie alla sinfisi sacro-iliaca si divarica, e grazie alla cedevolezza della sinfisi pubica allarga la sua curva. Si conservano per tal maniera due cerniere flessibili, e si dilata e si rende praticabile non pure il lato largo, ma ancora una gran parte del lato angusto del bacino. Le figure schematiche del Farabeuf dimostrano ad evidenza lo accennato aumento, e del resto la pratica ha di già luminosamente confermate le vedute teoriche (operazione di Pinard).

L'ischio-pubiotomia, adunque, è una operazione del tutto nuova; essa ha una indicazione speciale, ed un concetto informatore tutto proprio, nè ha nulla a vedere con le sezioni delle ossa pelviche di Aitken e di Galbiati; ed è bene e giustamente ad essa dato il titolo di operazione di Farabeuf dal nome del suo inventore.

STATISTICA.

Madri.

Statistica di Varnier (dal 1887 al 31 marzo 1893). . . casi 124

Neugebauer[1]) — Stessa epoca casi 178. Da questa statistica bisogna togliere 5 osservazioni perchè raddoppiate, che sono le seguenti:

1. *Osserv. 1a*, Novi, 8 gennaio 1887, la stessa che 8 gennaio 1886.

[1]) Questa statistica comprende quelle di Morisani:
1776 a 1860
1866 a 1880
1881 a 1886
Oltre a ciò i casi raccolti dal 1887 al 30 giugno 1893.

Segue casi 124

2. *Osserv. 36ª*, citata da Harris, non contenuta nella statistica Morisani. Dubbia.

3. *Osserv. 102.* Fochier non ha fatto la sinfisiotomia, ma la basiotripsia.

4. *Osserv. 115.* Cruzzi è la stessa del n. 45 (Truzzi).

5. *Osserv. 205*, è la ischio-pubiotomia di Farabeuf.

Sicchè restano in più dei 124 casi della statistica di Varnier solo 49 casi. . . . . » 49

Debbono aggiungersi 36 casi raccolti dal 1° aprile a fine giugno 1893 . . . . » 36

Più 12 casi non riportati nella statistica del Neugebauer. . » 12

Infine dal 1° luglio al 31 dicembre ho potuto raccogliere 20 casi . . . . » 20

Totale . . . casi 241

Mortalità materna 11,6 per cento.

Questa cifra però di mortalità deve essere depurata.

Infatti non si può attribuire alla sinfisiotomia la morte delle donne che soccomberono a malattie indipendenti dalla operazione, o a fatti infettivi esistenti prima o contratti durante l'atto operativo, visto che noi intendiamo occuparci della sinfisiotomia asettica.

Sicchè bisognerebbe escludere dalle cifre di mortalità i seguenti casi:

1° Ribemond — Pneumonia da pneumococchi;
2° Torngren — Paralisi di cuore;
3° Porak — Perforazione uterina;
4° Maygrier — Flegmasia, morte istantanea per embolia;
5° Olshausen — Eclampsia per malattia renale;
6° Leopold — Conjug. 60 mm. — Embolia dell'art. polmonale;
7° Kashkaroff — Eclampsia — ascite — anasarca — nefrite parenchimale;
8° Martino — Setticoemia;
9° Beugmes — id.
10° Ribemond — id.
11° Lusk — id.
12° Olivieri — Non furono completamente osservate le precauzioni antisettiche; travaglio di 96 ore;
13° Schwartz — Tentativi infruttuosi di parto in città — Pres. del tronco con procid. del braccio sinistro — Utero tetanizzato — Scolo fetido — Coniugata vera 60 millimetri;
14° Porak — Estesa lacerazione della vagina, comunicante con la ferita pubica — Cavità coverta di false membrane — Probabile intossicazione proveniente dalle parti sfracelate della vulva e della vagina;
15° Koffer — Infezione dell'endometrio — Suppurazione della sinfisi sacro-iliaca sinistra — Piemia.

In 11 altri casi infezione contratta prima o durante la operazione.
Restano solo due casi di morte, i quali appartengono a Tellier e Treub. Le donne morirono di emorragia.

Feti.

Operazioni 241 — vivi 186 — morti 55.

Bisogna sottrarre:

1° I feti premorti alla operazione, quelli cioè di Novi, Pantaleoni, due di Queirolo, Schwartz, Beugmes e Carbonelli . . . . casi 7

2° I morti per condizioni estranee alla operazione, p. e.:

a) Morisani — Vizio di conformazione incompatibile con la vita. . . . . » 1

b) Parto prematuro 1960 grammi — estratto vivo — morto dopo tre giorni (Varnier) . . . . » 1

c) Budin — Parto prematuro provocato — Sifilide . . . » 1

d) Ribemond — Pneumonia da pnemococchi — morto il diciassettesimo giorno. . . . . » 1

e) Bouffe — Basiotripsia — Bacino ovale. . . . . . » 1

f) Maygrier — Idem — Fibroma pelvico . . . . . . » 1

g) Potocki — Cordone rotto . . . . » 1

3° Per il forcipe o rivolgimento, od altre manovre prima della operazione, casi 12. . . . . » 12

Totale . . . casi 26

Restano 29 morti. Mortalità 12 per cento.

È da notare però che molti di questi feti morti erano prematuri (lega di Jacolucci), ed altri morirono per la lunga durata del travaglio ed il tardo intervento. Nè devesi tacere che di alcune morti non è indicata la ragione, ed altre avvennero probabilmente, perchè l'ostetrico non curò di assicurarsi della dilatazione della cintura pelvica prima di procedere alla estrazione del feto.

Dopo la esposizione fatta mi pare che io sia autorizzato a fare le seguenti conclusioni:

1. La sinfisiotomia è una operazione perfettamente giustificata dalle ragioni teoriche, e dalle prove cliniche. Per suo mezzo un feto a termine bene sviluppato può attraversare un bacino angusto entro certi limiti (67 a 88 millimitri di coniugata).

2. La sinfisiotomia a feto morto o gravemente compromesso nella sua vitalità è una cattiva operazione.

3. La operazione in generale va praticata nel parto a termine, quando il travaglio è cominciato, e progredita la dilatazione dell'orifizio uterino. La lega fra la sinfisiotomia e il parto prematuro nelle condizioni attuali della pratica non deve essere accettata. In qualche caso si può ricorrere a quella della sinfisiotomia con la embriotomia a feto morto.

4. Il processo operativo da noi descritto è il più semplice e il più sicuro; è indifferente adoperare per il taglio della cartilagine interpubica la falcetta di Galbiati, o un bisturì bottonato a lama forte: si può fare

il taglio dell'articolazione di basso in alto, o d'alto in basso, ma è sempre indispensabile che sia tagliato il ligamento sotto-pubico.

5. È necessario che l'ostetrico si assicuri dello allontanamento delle ossa iliache dopo la operazione.

6. Da 81 millimetri di coniugata in sopra è utile, prima di tagliare la sinfisi, fare un discreto e prudente tentativo di estrazione col forcipe; sul quale però non si deve insistere molto nello interesse del feto.

7. Il forcipe dopo il taglio della sinfisi è utile nel maggior numero dei casi, ma non indispensabile.

8. La sutura ossea e gli apparecchi d'immobilità non sono necessarii; basta la sutura delle parti molli, e una fasciatura contentiva: ma è un errore di interporre corpi estranei tra le labbra della ferita.

9. La sinfisiotomia non deve essere comparata, che con la embriotomia a feto vivo, e merita sotto tutti i rapporti di esser preferita. Essa è destinata a sostituire la operazione cesarea, detta di *elezione*.

10. Vuole essere seriamente discussa la questione, se convenga meglio praticare il parto prematuro nei casi di indicazione nelle prime settimane del nono mese, o aspettare il termine della gravidanza ed aprire la sinfisi. In epoca anteriore di gestazione la sinfisiotomia a termine merita la preferenza.

11. L'ischio-pubiotomia è totalmente diversa dalla pubiotomia di Aitken e di Galbiati: essa può prendere il nome dal suo inventore (*operazione di Farabeuf*); costituisce una preziosa risorsa nelle angustie determinate da anchilosi di una delle sinfisi sacro-iliache (bacino obliquo-ovale di Naegele).

12. I risultati gravi della sinfisiotomia si verificarono allorchè essa fu praticata al di sotto dei limiti della sua indicazione, o derivarono:
a) dall'epoca del travaglio, in cui si operò;
b) dal modo di esecuzione;
c) dai maltrattamenti precedenti delle parti genitali;
d) dalle condizioni speciali della operata.

La morte dei feti deve essere attribuita:
a) a tardo intervento;
b) a circostanze accidentali;
c) ai mezzi accessorii adoperati per la estrazione.

Prof. **A. Pinard** (Paris) rapporteur:

Messieurs, lorsque, le 7 décembre 1891, j'exposais les raisons et les faits qui me décidaient à entrer dans la voie indiquée par Sigault, où l'Ecole de Naples et, en particulier, son illustre représentant le professeur Morisani obtenaient de si beaux succès, je m'appuyais aussi et surtout sur les recherches anatomiques et expérimentales entreprises par le professeur Farabeuf et son collaborateur et le mien, le docteur Varnier, professeur agrégé.

Depuis cette époque, nous n'avons cessé de rechercher et d'observer, et aujourd'hui, je vous apporte le résumé de nos études cliniques, anatomiques et expérimentales.

Ayant l'honneur d'avoir été choisi comme l'un des rapporteurs de cette grande question devant être discutée au Congrès: la symphyséotomie, je vous demande la permission de vous dire, en quelques mots, de quelle façon j'ai cru devoir remplir ma tâche.

Il ne m'a pas semblé que j'eusse à m'occuper de l'historique de la question.

Chacun, ici, sait ce qui appartient à Sigault, à Aitken et à l'école italienne personnifiée par Morisani.

Et mon éminent collègue ne m'en voudra pas, je l'espère, de dire que c'est là de l'histoire ancienne et moderne, et qu'à ce point de vue, aucune discussion ne peut s'engager. Nous ne pouvons que saluer ces noms à jamais glorieux qui dominent et éclairent ces deux périodes. Si je suis heureux de rencontrer ici le nom de mon compatriote Sigault, je ne le suis pas moins en m'inclinant devant Morisani, à qui j'offre l'expression de ma reconnaissance.

Quant à l'histoire contemporaine, elle doit se borner à enregistrer les faits et à les commenter.

Ce n'est pas l'heure d'en écrire la philosophie ou de chercher à élucider la part qui revient à chacun dans la restauration de la symphyséotomie.

C'est assez vous dire que mon intention n'est point de vous rappeler ici les noms de tous ceux qui ont parlé ou écrit sur la question sans la connaître. Ceux-là seuls qui ont apporté des recherches, des études, des faits auraient quelque droit à être cités. Et cependant je n'entreprendrai pas la tâche de vous énumérer tous les mémoires ni de vous rappeler toutes les observations publiées dans ces quelques années, et dont le nombre augmente chaque jour. Au risque de paraître trop personnel, je ne rapporterai ici que les observations recueillies dans mon service, à la Clinique Baudelocque.

Déjà le nombre en est assez considérable pour que les résultats ne puissent être attribués au hasard d'une série heureuse ou malheureuse, et suffit, je pense, à montrer ce qu'on est en droit d'attendre d'opérations pratiquées d'une façon méthodique. En agissant ainsi, il me sera possible de comparer les résultats obtenus par l'agrandissement momentané du bassin avec les résultats obtenus antérieurement, lorsque les mêmes personnes et dans le même service employaient d'autres moyens.

C'est dans ces conditions seulement qu'une comparaison peut-être logique et qu'un pourcentage peut apparaître d'une façon équitable.

Ce chapitre de clinique terminé, et je le ferai aussi court que possible, j'exposerai le résumé des recherches anatomiques et expérimentales ayant trait:

1° A l'anatomie et à la physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie;

2° A l'appréciation du bénéfice de la symphyséotomie;

3° A la technique opératoire.

Mais avant, j'ai un devoir à remplir.

Je ne pouvais signer ce Rapport que de mon nom, alors qu'il est véritablement le résumé des travaux de trois personnes: le professeur Farabeuf, le professeur agrégé Varnier et moi.

Si dans le cours de l'exposition qui va suivre, le rôle de Farabeuf ne tarde pas à vous apparaître tel qu'il est, c'est-à-dire capital, celui de Varnier vous semblera, peut-être, très effacé. Messieurs, il n'en est rien.

Vous savez tous les efforts supérés par notre collègue pour faire connaître et apprécier la symphyséotomie, vous connaissez ses nombreuses

publications sur ce sujet, mais je veux et je dois vous dire que sa collaboration a été incessante près de moi.

Il n'est pas d'observations, pour ainsi dire, dans lesquelles il n'ait été ou acteur ou témoin, et si dans l'ensemble de ces travaux on déterminait notre part respective, je dois avouer que la part de l'élève l'emporterait sur celle du maître.

Cela, je devais le dire, et j'ajoute que ce n'est pas la moindre de mes satisfactions.

Partie clinique.

Depuis le 4 février 1892 jusqu'au 8 mars 1894, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la Clinique Baudelocque: 36 symphyséotomies, une pubiotomie, et une ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf.

De ces 36 symphyséotomies:

23 ont été pratiquées par le professeur Pinard;
6 par le docteur Varnier, professeur agrégé;
3 par le docteur Lepage, chef de clinique;
3 par le docteur Wallich, chef de clinique;
1 par le docteur Potocki, chef de clinique.

Une pubiotomie a été pratiquée par le docteur Varnier, une ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf par Pinard.

Ces 38 agrandissements momentanés du bassin ont donné les résultats bruts suivants:

Femmes: Guéries 36, mortes 2;
Enfants: Vivants 34, morts 4.

La pubiotomie et l'ischio-pubiotomie ont donné un succès complet pour la mère et pour l'enfant. Ce qui fait un total de *74* vivants et *6* morts.

C'est moi-même qui ai pratiqué la symphyséotomie chez les deux femmes qui ont succombé.

Examinons successivement les causes qui ont amené la mort chez les deux femmes et les quatre enfants.

La première femme qui a succombé (obs. 554, vingtième symphyséotomie) a été opérée dans les conditions suivantes: en travail depuis 3 jours; col ouvert depuis 66 heures; liquide amniotique vert, épais et extrêmement fétide; ayant été touchée, en ville, plusieurs fois par une sage-femme et un médecin.

L'opération ne présenta aucun incident. Il y eut réunion immédiate de la plaie superficielle. La femme mourut le neuvième jour d'une septicémie à staphylocoques.

Bien que cette femme fût compromise à son entrée dans le service, ayant constaté que l'enfant était vivant, je pratiquai la symphyséotomie, convaincu que cette opération ne pourrait être que nuisible à ma statistique et nullement à l'opérée.

C'est encore aujourd'hui ma conviction après les résultats de l'autopsie.

La deuxième femme (obs. 1840, 26e symphyséotomie) avait un bassin vicié par spondylolisthèse. Opérée dans les meilleures conditions, cette femme mourut le septième jour d'une obstruction intestinale, causée par une bride ou plutôt une frange très mince, située à l'union de l'*S* iliaque et du rectum

et que la laparotomie, pratiquée le cinquième jour, n'avait pu faire découvrir. Aucune trace d'un processus inflammatoire quelconque ne put être découverte à l'autopsie dans le petit bassin, ni au niveau des articulations sacro-iliaques.

Il est donc impossible de voir, dans ce cas, un rapport entre la cause de la mort et la symphyséotomie.

Les quatre enfants morts sont les enfants de la première, de la quatrième, de la treizième et de la vingt-huitième symphyséotomie.

Le premier mourut le troisième jour après la naissance.
Le deuxième id. deuxième jour id.
Le troisième id. seize heures après id.
Le quatrième id. quelques minutes après id.

Pour le premier la mort a été produite par une fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête.

L'écartement du bassin n'était certainement pas suffisant, vu le volume de la tête et le rétrécissement pelvien. (Voir l'observation).

Le deuxième n'a pu vivre par défaut de développement. J'avais, dans ces cas, provoqué l'accouchement et interrompu la grossesse trop tôt, car l'autopsie ne révéla aucune lésion des organes de l'enfant, qui ne pesait que 2130 grammes.

Le troisième succomba comme le premier, à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal.

Bien que l'écartement des pubis fût, avant l'extraction, de trois centimètres, la tête, très ossifiée, volumineuse (diam. bi-pariétal 9,3), saisie irrégulièrement, s'engagea difficilement et la cuiller du forceps détermina la fracture.

Dans ce cas, c'est le forceps qui doit être incriminé.

Le quatrième a succombé par suite de fractures multiples dues aux applications de forceps, au détroit supérieur, faites avant l'arrivée de cette femme dans le service. Malgré ces fractures, que le toucher manuel ne me fit pas reconnaître, le rhythme des battements du cœur était normal, et c'est pour cette raison que je pratiquai la symphyséotomie. Ainsi, sur ces quatre cas de mort chez l'enfant:

L'un, le premier, est imputable à mon inexpérience (j'avais sectionné la symphyse incomplètement et non agrandi le bassin);

Le deuxième à l'accouchement provoqué, par trop prématuré;

Le troisième à une application de forceps irrégulière avec un écartement préalable insuffisant;

Le quatrième à des applications de forceps faites avant la symphyséotomie.

Voyons maintenant quels sont les complications et les accidents qui se sont produits au moment de l'opération ou depuis, et quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées.

Au point de vue des complications, j'ai à noter ce qui s'est produit dans les deux observations 1071 et 1656.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation 1071, un développement exagéré de varices au niveau de la région pubienne et une déviation de la symphyse, déterminèrent monsieur Varnier à pratiquer la pubiotomie après quelques recherches infructueuses de la symphyse. Les suites

opératoires furent aussi simples et la consolidation du bassin aussi rapide qu'après la symphyséotomie.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation 1656, le membre inférieur droit est ankylosé avec le bassin, la symphyse n'est plus sur la ligne médiane, mais déviée à droite, et le bassin est asymétrique.

Après la section de la symphyse, en produisant moi-même l'agrandissement du bassin, je constatai que l'écartement des pubis ne se produisait pas d'une façon symétrique, la moitié gauche s'écartait librement, tandis que la moitié droite restait plus ou moins immobile; il en résulta, d'une part, que les deux surfaces de section ne furent bientôt plus dans le même plan et que, d'autre part, tandis que la gauche était éloignée de la ligne médiane, la droite s'en était peu écartée. Or, pendant l'extraction de la tête par le forceps, la vessie fut comprimée et lésée à ce niveau; il se produisit une fistule vésico-vaginale qui a été opérée par le docteur Segond et qui est guérie aujourd'hui.

Je n'ai constaté d'accidents dans aucun cas pendant la section et l'agrandissement du bassin. Les hémorragies veineuses en nappe, que l'on constate assez souvent après la section de l'arcuatum, ont toujours été arrêtées à l'aide d'un simple tamponnement avec une éponge. *Pendant l'extraction du fœtus*, j'ai vu se produire cinq fois, chez des primipares, une déchirure de la paroi antérieure du vagin, faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire. Mais ces déchirures étaient peu étendues et se réunirent par première intention, trois fois à la suite d'un tamponnement à la gaze iodoformée, deux fois après l'application de deux points de suture. L'application préalable du ballon Champetier rendra cet accident de plus en plus rare.

Enfin, chez une de nos opérées, il se produisit, quelques jours après la symphyséotomie, de l'incontinence d'urine sans aucune lésion de l'appareil urinaire. Cette femme, qui eut des suites de couches absolument apyrétiques, se leva le vingt-deuxième jour et quitta la clinique le trente-deuxième jour. Je l'adressai à notre très distingué confrère le docteur Larat, qui diagnostiqua une parésie du sphincter vésical, de cause hystérique, et institua un traitement électrique qui amena bientôt la guérison.

Chez toutes nos opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent quitter le lit, se lever et marcher avec facilité en moyenne vers le vingtième jour.

Celles que nous pûmes suivre, reprirent leurs occupations antérieures, et pour montrer que le bassin recouvre bien sa solidité après la section de la symphyse, je me contenterai de dire qu'une de nos opérées est restée nourrice pendant un an dans le service, restant debout toute la journée et souvent la nuit; une autre est restée comme infirmière; une troisième est porteuse de pain et monte des étages du matin au soir; une quatrième fait assez souvent le voyage de Charenton à Paris, à pied, et en portant son enfant sur les bras.

Une de nos opérées est devenue enceinte, trois mois après avoir été symphyséotomisée (N. 1409); sa grossesse n'a déterminé aucun relâchement pathologique des symphyses et elle a continué ses occupations jusqu'au huitième mois. Une rupture prématurée des membranes la fit entrer à la clinique, où elle accoucha spontanément d'un enfant du poids de 3250 grammes. Le dix-septième jour elle quitta le service, complètement rétablie.

Une deuxième (N. 609) est, à l'heure actuelle, enceinte de cinq mois; sa grossesse évolue normalement, et elle ne souffre, en aucune façon, de ses articulations pelviennes.

Quant aux enfants, il me suffira de donner ici le chiffre de leur poids au moment où ils ont quitté la clinique, et il sera facile, en se reportant aux pièces justificatives, c'est-à-dire, aux observations annexées à mon rapport, de se convaincre de leur développement normal et régulier.

Poids des enfants au moment de leur sortie de la clinique Baudelocque.

Enfant de la	2e	Symphyséotomie	4630	grammes	
Id.	3e	id.	3000	id.	
Id.	4e	id.	3824	id.	
Id.	6e	id.	4000	id.	
Id.	7e	id.	4340	id.	
Id.	8e	id.	4090	id.	
Id.	9e	id.	3630	id.	
Id.	10e	id.	3420	id.	
Id.	11e	id.	4840	id.	
Id.	12e	id.	4610	id.	
Id.	14e	id.	3980	id.	
Id.	15e	id.	3180	id.	
Id.	16e	id.	4060	id.	
Id.	17e	id.	3020	id.	
Id.	18e	id.	4130	id.	
Id.	19e	id.	3950	id.	
Id.	20e	id.	3790	id.	
Id.	21e	id.	2250	id.	
Id.	22e	id.	3600	id.	
Id.	23e	id.	3980	id.	
Id.	24e	id.	2930	id.	
Id.	25e	id.	3880	id.	
Id.	26e	id.	3150	id.	
Id.	27e	id.	3580	id.	
Id.	29e	id.	3500	id.	
Id.	30e	id.	3790	id.	
Id.	31e	id.	3080	id.	
Id.	32e	id.	3590	id.	
Id.	33e	id.	3440	id.	
Id.	34e	id.	3370	id.	
Id.	35e	id.	3200	id.	ces deux enfants sont encore dans le service.
Id.	36e	id.	3680	id.	
De l'ischio-pubiotomie			5560	id.	
De la pubiotomie			4390	id.	

Nous n'avons pu suivre tous ces enfants, cependant nous en avons revus le plus grand nombre, et tous se portent bien, et se développent régulièrement, sauf un, celui de la troisième symphyséotomie, chez lequel on constate, à l'heure actuelle, une hydrocéphalée assez accusée.

Je ferai remarquer à ce sujet, que plusieurs tentatives d'application de forceps avaient été faites par mon collègue le professeur Fochier de Lyon, et par moi, avant de pratiquer la symphyséotomie.

Ces tentatives restées infructueuses au point de vue de l'extraction, avaient cependant déterminé au moins une fracture du crâne. (Voir l'observation). Et il n'est peut-être pas déraisonnable de penser que ce traumatisme a joué un rôle dans l'étiologie de l'hydrocéphalée.

La femme Tremoulet, chez laquelle j'ai pratiqué l'opération de Farabeuf, marche et danse aussi bien qu'avant son opération. Elle est revenue récemment dans mon service, où j'ai pu la montrer à mes élèves, ainsi que sa fille qui est une superbe enfant.

La femme, chez laquelle monsieur Varnier a pratiqué la pubiotomie, se trouve, ainsi que son enfant, dans d'aussi bonnes conditions.

Tel est notre bilan... apparent.

Je dis apparent, Messieurs, car nous verrons tout à l'heure qu'il a et qu'il doit avoir une toute autre signification.

Quoiqu'il en soit, si je compare ce que nous avons fait depuis le 4 février 1892, et chaque jour avec plus d'assurance et aussi avec plus de rigueur, et les résultats obtenus pendant ces deux années avec ce que nous faisions et les résultats que nous avons obtenus, pendant les deux années précédentes, j'ai les tableaux ci-dessous:

1890-91
Accouchements provoqués pour cause de viciation pelvienne:

	Vivants	Morts
Femmes	62	2
Enfants	35	30
Totaux . . .	97	32

1892-93
Agrandissement momentané du bassin:

	Vivants	Morts
Femmes	36	2
Enfants.	34	4
Totaux . . .	70	6

Je ne poursuivrai pas davantage cette comparaison; ceux qui voudront la faire en détail et preuves en mains, n'auront qu'à lire le *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, publié chaque année par le docteur Lepage[1]) et le travail du docteur Pierre Farabeuf, intitulé: *Les bienfaits de la symphyséotomie*[2]). Alors ils ne tarderont pas à être convaincus, je l'espère, de la supériorité de cette méthode qui consiste à *agrandir momentanément le bassin*, dans tous les cas où il y a disproportion entre la filière pelvienne et la tête fœtale, et dans tous les cas seulement où cet agrandissement mesuré et calculé à l'avance peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme.

Ils y verront que depuis deux années, alors que je suis de plus en plus rigoureusement cette méthode, les interventions sont devenues de moins en moins fréquentes.

Je mets hors de cause immédiatement ce résultat immense, à savoir: la disparition définitive de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

[1]) Paris, Steinheil éditeur.
[2]) Paris, Steinheil éditeur, 1893.

Ce progrès suffirait à légitimer mon enthousiasme et ma reconnaissance pour cette méthode. Mais il en est d'autres également d'une importance extrême.

Combien de fois, auparavant, aurais-je interrompu le cours de la grossesse, chez des femmes ayant un rétrécissement du bassin et qui sont accouchées spontanément dans mon service? Les chiffres sont-là et démontrent que nombre d'enfants sont nés à terme, spontanément, dans d'excellentes conditions pour se bien développer, alors que je les aurais exposés, en les faisant naître prématurément, aux risques de la faiblesse congénitale tout d'abord, et ensuite aux conséquences non moins graves de cette naissance avant terme qui, pour Little et pour la plupart des neuro-pathologistes les plus compétents, à l'heure actuelle, est cause de la pluralité des diplégies cérébrales de l'enfance.

N'est-ce point-là encore un progrès?

Ils y verront aussi que nous avons absolument abandonné toute application de forceps, qui doit forcer une tête à pénétrer dans un bassin rétréci, depuis que mon collègue Farabeuf (il ne veut pas que je dise ce qu'il m'est, c'est-à-dire mon maître) nous a prouvé quelle abominable besogne nous accomplissions en tirant avec le forceps sur une tête arrêtée au détroit supérieur.

Ce sont ces raisons qui m'ont déterminé à formuler les conclusions qui se trouvent à la fin de mon Rapport, après l'exposé des *Recherches anatomiques et expérimentales* qu'il me reste à vous faire connaître.

Partie anatomique et expérimentale.

RECHERCHES ET TRAVAUX DU LABORATOIRE DU PROFESSEUR FARABEUF.

ARTICLE 1er. — *Anatomie et physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie.*

Messieurs, ces notions anatomiques sont ennuyeuses, mais elles sont de nature à prévenir quelques erreurs, à signaler de fausses pistes et à donner des indications utilisables pour le praticien. Vous le verrez si vous voulez bien être très patients au cours et à la fin de cet article comme aussi au cours des deux autres.

La base, le fond des études dont je vous rends compte est toujours anatomique. Monsieur Farabeuf dissèque, mesure, calcule, dessine, expérimente et construit des appareils pour amplifier les démonstrations... mais il ne veut pas mettre le pied sur le terrain clinique. C'est justement le respect de notre compétence à nous, sur ce terrain, qui doit nous donner confiance dans les recherches patientes et positives de mon éminent collègue, recherches sans lesquelles j'aurais souvent hésité, car je leur ai demandé souvent d'éclairer et d'affermir ma route.

Ce grand appareil en bois découpé représente la face interne de l'ilium droit. On y voit la surface articulaire, l'auricule et ses deux cornes; plus en arrière une éminence rugueuse, la pyramide; enfin, en bas, les deux épines postérieures, la grosse ou supérieure, la petite ou inférieure.

Maintenant on y applique, avec les dernières vertèbres, le sacrum et le coccyx. Vous apercevez facilement l'apophyse transverse de la cinquième

lombaire. C'est là qu'aboutit, descendant, oblique en bas et en dedans le premier des puissants ligaments ilio-transversaires qui suspendent la base de la colonne vertébrale entre les deux iliums soutenus eux-mêmes par les fémurs dans la station debout.

Au-dessous de la cinquième lombaire, en arrière et au-dessus de l'auricule du sacrum, voyez ce qu'on appelle l'apophyse transverse de la première pièce ou vertèbre sacrée. Là descend le deuxième ligament ilio-transversaire, en tout analogue au premier, dit, ilio-transverso-lombaire, comme usage et comme insertion.

Mais cette prétendue apophyse transverse sacrée n'est que la moitié supérieure et ascendante de la partie osseuse qui, sur chaque vertèbre sacrée, mérite ce nom. L'auricule est formée par les pièces costales, nous ne nous en occupons pas. Mais, jetez les yeux entre les deux premiers trous sacrés postérieurs: c'est bien l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre sacrée qui sépare ces trous. Suivez-la en dehors; vous la verrez se bifurquer et fournir: 1° une moitié supérieure qui monte se conjuguer avec la moitié inférieure descendante de la première transverse, en formant un premier trou de conjugaison; 2° une moitié inférieure qui descend à la rencontre de la moitié ascendante de la transverse sous-jacente.

Ainsi de suite et partout la même chose.

Dans la bifurcation des apophyses transverses supérieures, il y a d'énormes trous vasculaires. Quant aux *tubercules conjugués*, c'est à eux qu'aboutissent les ligaments ilio-sacrés ou mieux ilio-transversaires qui font suite aux deux premiers signalés plus haut. Le ligament du premier conjugué sacré — le troisième comme rang — est le premier par l'importance. Un grand nombre de faisceaux de direction différente viennent s'y insérer çà et là au sommet et au pourtour de ce tubercule; ils descendent du sommet et du pourtour de cette saillie iliaque qui est la *pyramide*. Dans son ensemble, ce ligament mérite son nom de *vague*. Sa situation peut le faire appeler axile, quoique des faisceaux épars et de direction variée semblent impropres à constituer un axe proprement dit.

Messieurs, le premier conjugué sacré et la saillie pyramidale iliaque se regardent par leur sommet et souvent de trop près. Si un contact osseux, fréquent chez les sujets âgés, l'était de même chez les femmes que nous opérons, nous rencontrerions plus souvent que cela n'arrive, un obstacle invincible à l'écartement des pubis.

Le deuxième conjugué sacré, ainsi que vous pouvez le voir, correspond à l'épine postérieure et supérieure qui s'y unit, bien entendu, par un court et puissant ligament ilio-sacré qui a le quatrième rang. Ici encore il peut y avoir contact osseux, au centre même du court paquet ligamenteux.

Zaglas a bien vu que le relèvement de la pointe sacrée — c'est la nutation ou la chûte en avant de l'angle sacro-vertébral — tendait à établir ce contact, et qu'au contraire l'antinutation le détruisait. Eh bien, si vous le soupçonnez jamais, ce contact, sachez que la flexion de la cuisse poussée au point d'agir sur l'os iliaque l'exagère, mais que l'extension forcée de la cuisse tend à le détruire.

Enfin, au troisième tubercule conjugué sacré, situé bien au-dessous de l'épine iliaque postérieure, descend le dernier ligament ilio-transversaire; c'est celui qu'on appelle vertical postérieur.

Il est long. Plus longues encore sont les fibres insignifiantes qui se prolongent jusqu'à la place qu'occuperait le quatrième et dernier tubercule conjugué s'il se développait.

Voici, messieurs, tout le système des précieux ligaments suspenseurs du poids du tronc.

Aucun d'eux ne souffre de la symphyséotomie; aucun d'eux ne s'y oppose; tous sont relâchés par l'opération. Quand, après avoir rompu ou décollé les fibres antérieures ou intra-pelviennes sacro-iliaques, l'articulation s'ouvre, comme une charnière, qu'est-ce qui établit l'axe nécessairement droit de la charnière? Evidemment cet axe est rectiligne et situé immédiatement derrière les surfaces contiguës qui sont les auricules. Or, de ces auricules, le milieu est antérieur, notablement antérieur à la ligne droite qui unirait la corne ou extrémité supérieure à la corne inférieure. En arrière des limites postérieures des deux cornes, les deux os semblent momentanément se fuir — précieux intervalle qui permet justement l'écartement des pubis. L'axe de la charnière descend donc oblique en bas et en arrière, d'une corne à l'autre de l'auricule, mais du bord postérieur de ces cornes; de sorte que certains faisceaux du ligament vague axile, très courts, insérés dans la concavité auriculaire, sont à quelques millimètres en avant de cet axe. Ils résisteraient beaucoup s'ils étaient plus en avant, ils résistent déjà quand on pousse la disjonction très loin. Mais peu importe! il y en a d'autres que nous connaissons: la série des ligaments ilio-transversaires.

Messieurs, il faut maintenant parler des autres conditions de solidité que présentent les articulations pelviennes, car nous devons les respecter ou les rétablir.

Monsieur Farabeuf, ému de la proposition de monsieur de Phénoménoff, s'est empressé de traiter la question publiquement dans son cours.

« Nous savons tous, dit-il, que le poids du tronc debout est, pour ainsi dire, déposé sur le sacrum. Cet os, pour transmettre sa charge aux iliums n'est-il que suspendu par les puissants ligaments ilio-transversaires ci-dessus décrits?

« Beaucoup le disent encore, accusant le sacrum d'avoir les flancs taillés à l'envers de ce qu'il faudrait pour qu'il fît clef de voûte. Cette erreur doit disparaître.

« Si, comme Lesshaft vient de le faire, l'on coupe le bassin suivant le plan vertical transverse passant par les têtes du fémur — plan dans lequel le poids du tronc se transmet pendant la station debout, le sacrum se montre très nettement clef de voûte, plus large en haut qu'en bas.

« Mais lorsqu'un portefaix s'incline en avant, comme il arrive quand il porte un lourd sac de farine, le plan de transmission aux têtes fémorales se rapproche du plan du détroit supérieur. Eh bien, même dans cette attitude, le sacrum n'est pas un coin renversé ».

J'ai vu les coupes de monsieur Farabeuf, passant par divers étages successifs des surfaces articulaires; sur toutes, l'auricule du sacrum présente une partie assez large, bien taillée et suffisante pour faire clef.

Du reste ce grand détroit supérieur découpé montre bien de loin cette disposition.

S'il en était autrement, si le sacrum n'était retenu que par suspension, où serait la solidité que Lesshaft a vue supporter plusieurs milliers de kilogrammes?

Les coupes auxquelles se fait allusion montrent aussi l'engrènement des deux os et comment le sacrum est bien pris, bien serré entre les iliums inflexibles, par les ligaments postérieurs et par ceux de la symphyse du pubis, tous inextensibles. Telle la pièce de fer intermédiaire d'un casse-noix serré par la main.

Messieurs, l'engrènement de l'ilium dans le sacrum nous intéresse encore à un autre point de vue, celui de la nutation.

Sur ce sujet, les données courantes n'ont pas semblé suffisantes à mon collègue.

Quelques-uns placent l'axe de nutation à travers les surfaces articulaires qui ressembleraient du côté de l'ilium à une tête, et du côté du sacrum à un cotyle.

La plupart savent que l'axe des mouvements est situé en arrière des auricules, à travers la masse du ligament vague qui descend de la pyramide iliaque au premier tubercule conjugué sacré! Des travaux fort sérieux ont paru en Allemagne sur ce sujet. Mais Zaglas avait parlé vingt ans avant eux. Nous avons déjà vu que le ligament vague ou axile parce que ses faisceaux sont dispersés autour de l'axe, ne pouvait évidemment centrer un mouvement précis.

« Regardez ces surfaces articulaires, me disait monsieur Farabeuf, en me montrant des pièces anatomiques avec lesquelles je n'ai pas osé voyager de peur de scandaliser les douaniers, vous verrez, sur le sacrum, un croissant, un rail creux arqué, autour du point réputé axile. Sur l'ilium, un croissant — également arqué, mais en relief et visiblement moulé dans la concavité du précédent — vous fera deviner la nature des mouvements des deux os, si peu étendus qu'ils soient. Avec des surfaces inégales, irrégulières, tout glissement serait impossible, et c'est ce qui arrive chez les vieillards; avec des surfaces planes, le glissement se ferait en tout sens, sans précision ni solidité; avec ces arcs se pénétrant réciproquement, le mouvement reste précis et centré, si vagues que soient les divers faisceaux du ligament axile. Le mouvement est fort peu étendu, il faut choisir les sujets jeunes-adultes, pour le bien observer. Il ressemble, moins la rapidité, à celui du balancier d'une montre. »

Chose remarquable, la nutation, c'est-à-dire la chûte de l'angle sacro-vertébral, qui se produit au maximum chez l'homme légèrement penché en avant et pesamment chargé, distend certains ligaments d'arrêt, intérieurs et voisins des extrémités de l'auricule qui jouent le rôle de freins et serrent les os l'un contre l'autre.

Dans quelles conditions différentes se trouvent les articulations sacro-iliaques après la symphyséotomie et pendant l'écartement des pubis! Vous le devinez, messieurs.

La béance antérieure, imposée à ces jointures, désengrène les surfaces articulaires, la nutation n'est plus centrée, elle est folle, extrêmement étendue; toute solidité est perdue!

Un tel état, s'il se maintenait, produirait ce désastre que vous connaissez sous le nom de relâchement des symphyses.

C'est pour celà qu'au moment où plusieurs accoucheurs méditaient l'agrandissement permanent du bassin, par écart des pubis, monsieur Farabeuf a jeté les hauts cris.

« Gardez-vous bien, disait-il à ses élèves, de desserrer ainsi les articulations sacro-iliaques. Si vous avez l'imagination inventive, pensez plutôt à les consolider par un léger raccourcissement de l'arc pelvien antérieur, à l'imitation du charron qui châtre une roue ».

Messieurs, je touche à la fin de cet article.

Monsieur Farabeuf ayant démontré la nécessité de rapprocher les pubis, pour avoir des articulations sacro-iliaques solides, va nous donner quelques renseignements anatomiques qui rassureront le praticien sur la possibilité de le faire sûrement et facilement.

Son idée, je le sais, est qu'une ceinture plâtrée, qu'on pourrait rendre imperméable et tenir propre, approcherait de l'idéal. Il a horreur des lits mécaniques et prétend, avec raison, que les escarres au sacrum font des semaines à guérir.

Il ne trouve pas rationnel d'employer des poids ni des élastiques qui ne peuvent avoir la force de résister aux mouvements de l'opérée.

Il a travaillé à créer un arc métallique antérieur à charnière et à vis, qui serre deux gouttières métalliques appliquées obliquement sur le côté des crêtes iliaques et des trochanters, mais il craint que sans l'intermédiaire d'un épais coussin plâtré qui se moule sur les parties, un tel appareil ne s'applique jamais bien.

C'est la suture qu'il voudrait voir essayer, non la suture osseuse qu'un accoucheur fatigué aurait de la peine à bien faire, mais la simple suture fibreuse à fils perdus.

De prime abord on pourrait craindre que les faisceaux symphysiens, étant en majorité transversaux, ne fournissent pas un point d'appui solide à des fils placés dans le même sens. Jetez les yeux sur les figures de mon collègue et vous serez rassurés.

Le manchon fibreux péri-osseux que vous voyez représenté est singulièrement épais en avant et en bas.

Tout de suite vous avez dû remarquer ce ruban fibreux qui descend de chaque côté jusque sur les piliers de l'arcade.

Il est résistant et solidement attaché et doublé, si non triplé, dans la profondeur d'autres également puissants.

J'ai vu des points de suture placés en ne prenant que ces rubans et mis à l'épreuve. Tous les fils, toutes les ficelles se sont rompues; les rubans eux-mêmes ne se sont ni décollés, ni coupés, ni éraillés.

Nous avons donc là, de chaque côté, deux appuis invincibles pour des sutures perdues.

Les symphyséotomistes ne seront pas fâchés de voir comment le manchon est constitué en avant.

Article 2e. — *Appréciation du bénéfice de la symphyséotomie.*

Messieurs, mon collègue connaissait la puissance de la méthode antiseptique. Aussitôt qu'il eut constaté que la symphyséotomie était sur le cadavre une opération facile et efficace au point de vue de l'agrandissement du bassin, il devint enthousiaste de cette opération. En dix minutes, il avait compris l'importance de la bonne parole que nous apportait le docteur Spinelli au nom de Morisani.

Il s'éclaira par la lecture de quelques bons écrits du commencement du siècle, sa conviction fut faite et son devoir tracé: Tout faire, tout prévoir, tout calculer, pour que la tentative qui allait se faire réussit!

Car il avait déjà démontré les méfaits du forceps, il avait vu l'accouchement prématuré tuer un grand tiers des enfants, et, de la version d'un fœtus inconnu dans un bassin mal connu, il ne pensait pas grand bien.

Mais pour proscrire ces méthodes qu'il qualifiait de néfastes et aveugles en aggravant la dystocie du détroit supérieur, pour faire la révolution rêvée, il fallait quelque chose de meilleur.

Et pour que la symphyséotomie fût un véritable bienfait, il fallait qu'elle fût bien pratiquée, c'est-à-dire bien étudiée. Immédiatement, courant au plus pressé, il me démontra la nécessité de rompre soi-même les articulations postérieures au degré nécessaire.

Il fallait savoir ce que l'on faisait, et, par conséquent, mesurer et calculer. Il avait à sa disposition un mathématicien, mais il n'a pas voulu lui demander des renseignements exacts. Il a calculé lui-même, et tout praticien peut en faire autant. Les calculs sont simples et leurs résultats sont pratiques, puisqu'ils ne s'éloignent de la vérité absolue que de fractions négligeables.

Beaucoup d'accoucheurs éminents à d'autres points de vue, ne savent véritablement pas compter. Le plus grand nombre ne voit après la symphyséotomie que la prépulsion des pubis; il néglige le deuxième et le plus important élément du calcul: l'enclavement de la tête, sa proéminence entre les pubis écartés — éléments pourtant déjà signalés il y a cent ans.

D'autres s'attardent à s'occuper des diamètres transverses et obliques qui n'intéressent guère les accoucheurs, puisqu'ils sont suffisants dans l'immense majorité des cas.

Mon collègue ne s'est occupé que du conjugué — diamètre utile — se gardant bien de négliger l'un des deux termes du problème. Et quoique ses résultats aient été publiés, il y a déjà plus de deux ans, il m'a semblé utile, nécessaire, indispensable de venir les répéter ici, *urbi et orbi.*

Ses résultats reposent sur des calculs, sur des tracés géométriques, sur des expériences cadavériques, le tout contrôlé par des vérifications cliniques faites par Varnier et par moi.

Je sais bien que ces démonstrations sont inutiles pour ceux d'entre vous, messieurs, qui sont ralliés déjà, mais nous voulons les autres, et pour les avoir, il faut leur dire la vérité et non l'erreur.

Grâce à votre autorité, nous comptons faire un grand pas, et c'est pour cela que monsieur Farabeuf m'a demandé de vous répéter ses démonstrations.

Je serai bref, puisque je mets des figures sous vos yeux.

Je mets à nu les tissus blancs présymphysiens, que me montrent nettement deux écarteurs placés dans la partie basse de la plaie.

J'aperçois notamment les filaments du ligament suspenseur médian du clitoris.

Pour les mieux voir et les mettre en relief, ma main gauche pince le gland et tire le clitoris: aussitôt ces faisceaux se soulèvent et d'un coup de bistouri transversal, hardi, long de quinze à vingt millimètres, je les tranche près du clitoris et à fond, sans craindre d'entamer le manchon symphysien.

Tout aussitôt, soit du bout du doigt gauche, soit à l'aide d'une rugine mousse, j'abaisse la lèvre inférieure de cette petite plaie transversale; je l'abaisse en grattant la symphyse qui est, à ce niveau, libre d'adhérence sérieuse, lisse, brillante, compacte, nacrée, et bientôt l'arcuatum avec son bord inférieur net, poli et absolument libre est sous mes yeux.

On croirait vraiment qu'il y a là une cavité séreuse, tant il est facile de séparer de l'arcuatum et même des derniers centimètres de la symphyse, l'aponévrose venue du bassin, qui couvre, masque et protège tous les vaisseaux sous-jacents, en particulier la dorsale du clitoris.

C'est à peu près la même chose derrière la symphyse, car, après avoir séparé les muscles droits, si l'on introduit le doigt fortement recourbé pour gratter le périoste avec l'ongle, ou mieux si l'on use d'un instrument mousse quelconque, mais recourbé, on rejoint sous l'arcuatum la voie naturelle qu'on vient d'ouvrir en avant.

« C'est à croire, dit monsieur Farabeuf, que cette voie sous-symphysienne, naturelle, préformée, attend quelque large sonde cannelée, fortement courbée, qui charge la symphyse pure et nette, prenne le bourrelet et dise à l'opérateur: Je suis au droit. »

Article 3°. — *De la technique opératoire.*

La symphyséotomie restera longtemps une opération d'urgence dans un grand nombre de cas. Tout praticien est exposé à s'y trouver obligé, *hic et nunc*, au dépourvu.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait: 1° que toute femme enceinte pour la première fois, fît mesurer, en temps utile, son détroit supérieur, ce qu'on n'obtiendra pas de sitôt; 2° que cette mensuration fût facile et précise, ce qui sera peut-être possible plus tôt qu'on ne croit.

En attendant, nous devons travailler à mettre l'opération à la portée du plus grand nombre.

Monsieur Farabeuf divise nos adversaires en deux catégories: une minorité hostile qu'il confie au temps pour la détruire, et une majorité timide que dès aujourd'hui, il veut éclairer et rassurer en indiquant les moyens de supprimer les difficultés et les dangers de l'acte opératoire.

Ne pas trouver le joint — couper des vaisseaux et même les voies urinaires: voilà bien ce qui épouvante et fait reculer beaucoup de nos confrères.

Vous allez voir, messieurs, en quelques minutes, ce que nous apporte notre anatomiste technicien.

« Je mets, dit-il, le bout de l'index gauche au côté gauche du clitoris, très-bas, et j'en abaisse la racine gauche, jusqu'à ce que le bout de mon doigt, auquel je donne le temps de faire son trou, s'il y a tuméfaction, sente le dessous de l'arcade, ce qui est très-facile. Sur mon ongle je fais aboutir l'incision commencée à la hauteur nécessaire, repassant mon bistouri, deux, trois, quatre fois pour bien de la jointure, puisque ma concavité en embrasse le bourrelet; tous les vaisseaux refoulés avec leur couverture, sans avoir été vus, sont tenus à distance par mon dos; prends le bistouri, le ciseau, la scie, la cisaille si celà te plaît, j'ai un centimètre de large et tu vois clair. »

Farabeuf, après avoir trouvé la voie sous-symphysienne, s'est servi d'abord d'une sonde rugine d'Ollier, à courbure appropriée. Mais cet instrument, construit pour d'autres desseins, est étroit et tranchant.

Mon collègue se sert, aujourd'hui, d'une simple lame d'acier mousse partout, transformée en gouttière arquée sur une longueur de quelques centimètres. La gouttière ne sert qu'à prendre le bourrelet, ce qui fait que l'instrument tient tout seul au droit de la jointure; mais un ruban métallique quelconque, fer, cuivre, zinc, large de dix millimètres au plus, courbé par les doigts du praticien, fait très-bien l'office principal: rendre impossible toute hémorragie par échappade du bistouri, toute blessure de la vessie ou de l'urèthre ou du clitoris et, notamment, de la veine dorsale ou de ses artères dorsales que plusieurs opérateurs semblent être allés chercher fort bas, le long des piliers de l'arcade, là, où elles sont encore honteuses avec un certain volume... bien loin pourtant de celui de la radiale.

Quelques conseils encore de mon collègue.

Il dit que ceux qui, ayant incisé à moitié la symphyse, trouvent l'os, trouvent le pubis droit, parce qu'ils tiennent leur bistouri incliné au lieu de le manœuvrer dans un plan sagittal.

Il recommande formellement des lames minces. En effet, le fibro-cartilage ne se tasse pas toujours assez pour laisser passer un dos épais, quelque force qu'on y mette, et la force est dangereuse.

Nous avons tort de croire qu'une lame mince, plus mince que celle d'un scalpel, mince comme ces couteaux de cuisine qu'on appelle des feuilles serait trop faible.

De fait, j'ai vu Farabeuf — et ici, je suis, peut-être, indiscret — couper non seulement la symphyse, mais des pubis solides, avec un ciseau acheté chez le quincailler et qui avait une lame une fois plus mince que celle d'un scalpel. Je l'ai vu encore trancher net, trois fois, le même pubis avec une cisaille faite de deux tranchets de cordonnier assemblés, l'un émoussé faisait appui sous l'arcuatum et derrière le bourrelet.

Enfin, messieurs, pour terminer cet article relatif à la technique opératoire, je vous dirai que j'ai vu mon collègue pratiquer la disjonction nécessaire des articulations sacro-iliaques égale des deux côtés, quoiqu'il ait opéré sur chaque cuisse successivement.

Il nous arrive de voir l'un des pubis s'écarter beaucoup et s'abaisser, tandis que l'autre bouge à peine, comme s'il y avait ankylose postérieure. Nous ne sommes plus alors dans de bonnes conditions, nous n'obtenons plus l'espace sur lequel nous comptions. Au lieu d'imposer à l'iliaque qui s'est écarté, un supplément d'écartement exagéré, et aux parties molles correspondantes, une distension excessive, nous voudrions bien pouvoir obtenir quelque chose du pubis resté immobile, c'est-à-dire de l'articulation sacro-iliaque correspondante.

Mon collègue met la cuisse gauche en flexion adduction et la confie à un aide qui l'appuie dans cette attitude de tout le poids de ses bras et de la partie supérieure de son corps. Cette flexion adduction appuyée serre l'ilium contre le sacrum. Celà étant, si l'on porte la cuisse droite simplement dressée ou demi-étendue dans l'abduction forcée, l'articulation postérieure s'ouvre, le pubis s'écarte et s'abaisse. Du côté gauche, rien n'a bougé! Nous voici bien dans ces conditions mauvaises dont je parlais plus haut.

Eh bien, mettons à son tour la cuisse droite, celle du côté rompu, dans la flexion adduction appuyée, qui rétablit un solide contact sacro-iliaque, et nous allons, par l'abduction forcée de la hanche du côté resté intact, obtenir la disjonction sacro-iliaque, au degré que nous voudrons, sans augmenter d'un dixième de millimètre celle du côté où nous l'avons produite en commençant.

De tout ce qui précède je tire les conclusions suivantes:

Conclusions particulières

1. La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse.

2. Pour être utile, elle doit être complète et l'écartement préalable des pubis doit être en rapport avec le degré du rétrécissement du bassin.

3. Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de sept centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme.

4. L'écartement des pubis dépassant sept centimètres, pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être prescrit.

5. Dans les rétrécissements où l'écartement des pubis poussé à sept centimètres ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro).

6. Dans les cas de bassin oblique ovalaire avec synarthrose d'une des articulations sous-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischio-pubiotomie (opération de Farabeuf).

7. Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Conclusions générales

Il résulte de ce qui précède que:

a) L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite.

b) L'agrandissement momentané du bassin pratiqué dans les limites et conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner: 1° l'accouchement prématuré artificiel; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin, non vaincue par les contractions utérines.

Assume la presidenza il prof. Rein (Kiew).

Prof. **Leopold** (Dresden), Referent:

Wenn mir der ehrenvolle Auftrag zu Theil geworden ist, das Referat über die Symphyseotomie zu übernehmen, so erfüllt mich in erster Linie aufrichtiger Dank für diese Auszeichnung, vor Allem aber hohe Freude darüber, dass ich dies Referat in dem Lande selbst erstatten darf, welches sich um die Auferstehung und die vollendete Entwickelung dieser Ope-

ration die grössten Verdienste erworben hat. Aber sind wir nicht gewöhnt daran, dass die Namen grosser Männer dieses schönen Landes mit unserer Wissenschaft eng verknüpft sind? Und haben nicht gerade die beiden schwersten geburtshülflichen Operationen, welche Mutter und Kind am Leben erhalten wollen, nämlich die sectio caesarea und die Symphyseotomie, hier zu Lande ihre edelste Pflege, ja zum Theil selbst ihren ersten Gedanken gefunden, von Porro und Morisani?

Mit kühnem Griff entnahm Porro der gefährdeten Mutter das Kind und gleichzeitig den Uterus und löste eine der schwersten Fragen wie Columbus mit einem Schlage. Sofort brach sich seine Operation Bahn über die ganze gebildete Welt und hat so mancher Mutter dauernde Gesundheit wiedergegeben.

Aber welch' langer Zeit und welcher Mühen es andrerseits bedurfte, bis Morisani der Symphyseotomie den gesicherten Platz eroberte, den sie heute einnimmt, ist Ihnen allen bekannt.

Gegenüber seiner grossen Erfahrung, die sich auf ein Menschenalter zurückerstreckt, kommen die bescheidenen Beobachtungen aller Andern über die Symphyseotomie nur wenig in Betracht. Dafür fällt diesen die Aufgabe zu, ihre Erfahrungen über alle jene anderen geburtshülflichen Operationen klarzustellen, welche mit der Symphyseotomie in den Kampf um ihre Berechtigung eingetreten sind.

Und wenn ich heute den Anschauungen der deutschen Geburtshelfer über die Symphyseotomie einen umfassenden Ausdruck geben soll, so hätte man vorher vielleicht an allen Entbindungsanstalten das entsprechende Material sammeln sollen. Doch einmal erschien es fraglich, ob dies genügt haben würde; ob nicht eine Reihe im Lande ausgeführter Symphyseotomien unbekannt geblieben wäre, deren Kenntniss gelehrt haben würde, wie man es nicht machen und was man unterlassen soll. Andrerseits wird durch die frische Erinnerung an den Gynäkologencongress zu Breslau im Mai des vergangenen Jahres, auf welchem eine erschöpfende Aussprache stattfand, sowie durch neue eigne und fremde Erfahrungen über den Schamfugenschnitt, ein so klares und einheitliches Gesammtbild gegeben, dass es wohl erlaubt sein darf, sich in bestimmten Thesen darüber auszusprechen. Und wenn ich in diesem Referat vorwiegend die Indicationsstellung in das Auge fasse, so glaube ich damit gerade denjenigen Punkt gewählt zu haben, welcher in der ganzen Symphyseotomiefrage noch der schwächste und unklarste ist.

Um zunächst eine feste Grundlage für unsre Betrachtung zu gewinnen, wollen wir von einem gegebenen bestimmten Falle ausgehen, in welchem es sich um eine gesunde Mutter und um ein gesundes mittelgrosses reifes Kind handelt.

Da fragen wir zuerst: Bei welcher Beckenenge soll die Symphyseotomie zur Anwendung kommen?

Folge ich der Eintheilung enger Becken, wie sie sich mir am praktischsten bewährt hat, und hält man Erst- und Mehrgebärende streng auseinander, so gilt bei einer Conjugata vera von 11·7 Ctm. als oberster Grundsatz, zunächst den natürlichen Geburtsverlauf abzuwarten. Aber damit ist die Behandlung des einzelnen Falles noch nicht klar gestellt. Der praktische Arzt muss vielmehr ganz genau wissen, worauf es hierbei ankommt, nämlich auf die richtige Einstellung des vorangehenden Kindestheiles, auf

die Erhaltung der Fruchtblase und die vollständige Erweiterung des Muttermundes.

Kommen hierzu noch normale kräftige Wehen, eine geschickte Vertheilung der Kräfte, die nothwendigen Pausen der Erholung, häufige Entleerungen von Blase und Mastdarm, ruhiges Zuwarten und die sorgfältigste Beobachtung der kindlichen Herztöne, so wird man in einer recht grossen Zahl von Fällen die Freude haben, auch bei einer Conjugata vera selbts von 8 und $7\frac{1}{2}$ Ctm. die Geburt selbst grosser Kinder spontan verlaufen zu sehen. Aber wozu soll ich Ihnen, meine Herren, dies erst mittheilen? Ich würde es nicht wagen, wenn sich in der jüngsten Literatur nicht Fälle von Erstgebärenden veröffentlicht fänden, bei welchen mir doch scheint, dass noch länger hätte gewartet und einfachere Mittel hätten angewendet werden können, als die Symphyseotomie. Oder ist diese Operation etwa eine so einfache und so gefahrlose? Mit nichten; denn sie erfordert erst recht die völligste Beherrschung der Antisepsis; sie verlangt reichliche Assistenz und eine mühsame, sehr sorgfältige Nachbehandlung. Sie ist meistens mit starker Blutung und, bei ungenügend eröffneten Weichtheilen und nothwendiger Zangenanlegung, namentlich bei Erstgebärenden, mit unberechenbaren Zerreissungen der Weichtheile verbunden; alles Gründe, die mich veranlassen, als

1. These hinzustellen, Erstgebärende der Symphyseotomie womöglich nicht zu unterziehen.

Und womit, werden Sie fragen, führt man dann Erstgebärende über die Schwierigkeiten des engen Beckens hinweg? Ich lege das grösste Gewicht auf die Erhaltung der Fruchtblase, damit sie das Kind schütze vor übermässigem Wehendruck, und den Muttermund und die Scheide völlig erweitere. Fehlt die Fruchtblase — und dann fehlt freilich sehr viel — oder droht sie frühzeitig zu springen, bevor sie ihren Zweck erfüllt hat, so haben wir einen wichtigen Ersatz in dem Colpeurynter, oder in ähnlichen Instrumenten, mit welchem wir entweder die Fruchtblase schützen und ruhig von oben wirken lassen, oder mit welchem wir den Muttermund und die Weichtheile ausgezeichnet vorbereiten können. Wie viele Erstgebärende haben nicht auf diesem Wege selbst grosse Kinder geboren? Und sollte sich noch in der Beckenmitte ein Widerstand geltend machen, dann werden die Zange und eine Dammincision in schonender Weise zu wirken haben, die jedenfalls beide nicht entfernt so eingreifend sind, als die Symphyseotomie.

Denn wer will leugnen, dass sie eine ernste Operation ist? Dass unter Umständen die Gehfähigkeit der Entbundenen dauernd gestört bleibt? ja dass auch trotz der Symphyseotomie so manches erste Kind doch todt zur Welt gekommen oder bald darauf gestorben ist?

Anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn diese Erstgebärende mit einer Beckenenge bis 7 Ctm. Conjugata vera wieder schwanger wird, kurz wenn es sich um eine Mehrgebärende handelt.

Verlangt sie Hülfe vor dem Ende der Schwangerschaft, so halte ich unentwegt daran fest, dass die künstliche Frühgeburt, nicht vor der 34. Woche ausgeführt, auch für die Kinder vortreffliche Resultate giebt. Oder sollten die ausgezeichneten Untersuchungen, die wir hierüber besitzen, — ich nenne nur die Namen Tarnier, Dohrn, Ahlfeld, Fehling, Calderini, — nutzlos an uns vorübergehen? Freilich hängen diese Ergebnisse von vielen Einzelfactoren ab, von einer glücklichen Berechnung der Schwangerschafts-

dauer, von einer gutgewählten und sicher wirkenden Methode, von der Geburt des Kindes mit vorangehendem Kopfe und endlich von der denkbar besten und sorgfältigsten Ernährung des neugeborenen Kindes, womöglich an der Brust. Mühsam ist dieser Weg, aber er ist und bleibt auch lohnend. Und welche geburtshülfliche Operation gäbe es etwa sonst, welche sich nicht ebenfalls auf einem glücklichen Ineinandergreifen der verschiedensten Verhältnisse aufbaute?

Befindet sich aber eine solche Frau am Ende der Schwangerschaft, so hat mich eine grosse Zahl enger Becken zu der festen Ueberzeugung gebracht, dass ihre Entbindung von einem mittelgrossen, reifen und lebenden Kinde zunächst auf dem natürlichsten Wege anzustreben ist und auch meistens erreicht werden kann. Auch bei diesen Mehrgebärenden, namentlich mit den leichten Graden der Beckenenge (Conjugata vera 11—9 Ctm.), hat in erster Linie der natürliche Geburtsverlauf seine vorwiegende Herrschaft; bei den stärkern Verengerungen (9—7 Ctm. Cj. vera) kommt, wenn die spontane Geburt nicht eintritt, von den Operationen vor Allem die Wendung und sich sofort anschliessende Extraction, viel seltner die hohe Zange in Betracht.

Aber freilich wichtige Grundbedingungen müssen hierbei erfüllt werden, wenn anders die Geburt zu einem lebenden Kinde führen soll. Hier nenne ich, selbst auf die Gefahr hin, Ihnen etwas Selbstverständliches zu sagen, als ausserordentlich wichtige Vorbedingung wiederum die Erhaltung der Fruchtblase. Ich würde hierauf nicht so sehr den Nachdruck legen, wenn nicht die practische Erfahrung lehrte, welch' geringer Werth von Aerzten und Hebammen der Erhaltung dieser Kraft zugemessen wird. Mit welcher Verkennung der Sachlage, um nicht zu sagen, mit welchem Muthwillen wird ab und zu von Unverständigen die Fruchtblase gesprengt! und eine bis dahin durch die Natur zu vollendende Geburt wird allen möglichen Eingriffen preisgegeben! Ist es dann ein Wunder, wenn sich in der Privatpraxis die Operationen unnöthig häufen, und die Wochenbetten, trotz aller Anti- und Asepsis, immer noch nicht besser werden? Nicht ernst genug hat die Mahnung an die Hebammen zu ergehen, dass sie bei jedem Falle von engem Becken unter allen Umständen die Fruchtblase zu schonen haben!

Sie wird ja zur Erweiterung des Muttermundes und zum Schutze des Kindes dringendst gebraucht!

Ist sie aber zu früh gesprungen oder will man das zu frühe Bersten verhüten, so habe ich bisher kein besseres Mittel zur Eröffnung des Muttermundes, bez. zum Schutze der Fruchtblase kennen gelernt, als die Anwendung des Kolpeurynters. Fürchtet man einen zu frühen Sprung der Fruchtblase, so bietet der in die Scheide eingelegte Kolpeurynter der Fruchtblase eine ausgezeichnete Stütze, ohne ihre Wirkung aufzuheben. Und ist sie andrerseits frühzeitig gesprungen, so erweitert der Kolpeurynter, in den noch engen Muttermund oder in das Scheidengewölbe eingelegt, an ihrer Stelle schonend die weichen Geburtswege, sodass der vorangehende Kopf entweder selbst die enge Stelle passiren, oder das Kind gewendet und der nachfolgende Kopf ohne Nachtheil entwickelt werden kann.

Aber hierzu kommt ein Hülfsmittel der jüngsten Zeit, welches wir Walcher verdanken und dessen unschätzbare Wirkung sich in vielen Fällen

enger Becken uns erprobt hat; es ist die Lage der Gebärenden mit ausgestreckten bez. hängenden Beinen.

In ihr erfährt die Conjugata vera ohne allen Zweifel eine Verlängerung, wenn auch nur um einige Millimeter. Aber sie genügt, um bei natürlichem Geburtsverlaufe dem Kopfe den Eintritt, bei der Wendung und Extraction dem Arzt die Einführung der Hand und dem nachfolgenden Kopfe den Austritt zu erleichtern.

Denn sollte es nur ein Zufall sein, wenn in der Dresdner Klinik bei 25 aufeinanderfolgenden Wendungen und sich sofort anschliessenden Extractionen bei engem Becken mit einer Conjugata vera von 7—8 Ctm. beinahe 90 p.c. grosse, kräftige und lebende Kinder zur Welt gebracht worden sind? Sie verdanken, nachdem sich der spontane Geburtsverlauf als unmöglich herausgestellt hatte, ihre Erhaltung lediglich der Wendung und Extraction bei stehender Fruchtblase, bei vollständig eröffnetem Muttermunde und bei herabhängenden Beinen. Und so lautet die

2. These: Bei Beckenenge bis zu 7 Ctm. Conjugata vera sind Mehrgebärende, wenn früh genug, der künstlichen Frühgeburt zu unterziehen. Am Ende der Schwangerschaft aber ist auch bei ihnen unter Schonung der Fruchtblase bis zur vollen Erweiterung des Muttermundes (und unter Benutzung der Walcher'schen Hängelage) zunächst der normale Geburtsverlauf abzuwarten. Tritt aber eine spontane Geburt nicht ein, dann lassen sich bei platten Becken bis zu 7 Ctm., und bei allgemein verengten Becken bis zu $7\frac{1}{2}$ Ctm. Conjugata vera unter Anwendung der ebengenannten Vorbedingungen und Hülfsmittel mittelgrosse reife Kinder mit dem besten Erfolge durch Wendung und Extraction entwickeln.

Wenden wir uns jetzt zu der zweiten Gruppe der Beckenenge von $7\frac{1}{2}$ Ctm. Conj. vera abwärts bis zu 6 Cent., so ist die Spontangeburt eines mittelgrossen reifen Kindes in der Regel hier ausgeschlossen; Zange, Wendung und Extraction sind nicht mehr erlaubt; und so bleibt nur die Perforation, die Symphyseotomie und die Sectio caesarea noch übrig. Welche von diesen drei Operationen wird im gegebenen Falle zu wählen sein? Zur Beantwortung dieser Frage bedürfen wir einer umfassenden Mortalitätsstatistik. Sie ergiebt für die Perforation 1—2 p. c. Sterblichkeit, für die Symphyseotomie nach Neugebauer und Harris 12 p.c.[1]) und für den Kaiserschnitt 15—20 p.c.

Es versteht sich nun von selbst, dass wenn das Kind abgestorben ist, man in dieser Beckengruppe nur die Perforation zu wählen hat; nicht aber, wie es der Fall gewesen ist, die Symphyseotomie, ein Missgriff, welchen schon Morisani gebührend zurückgewiesen hat. Ist aber das Kind nach längerer Beobachtung im Absterben begriffen, so drängt sich sofort die ausserordentlich wichtige Frage auf, ob auch dann noch ein vorsichtiger Geburtshelfer den Versuch machen will, das Kind durch die Symphyseotomie zu erretten auf Kosten der Mutter. In einem zwingenden Ausnahmefalle möge man mit seinem Gewissen, mit dem Ehepaare und mit den Angehörigen der Gebärenden hierüber zu Rathe gehen und unter Zustimmung

[1]) Neugebauer laut brieflicher Mittheilung: Auf 208 neuere Symphyseotomien von 1887-93 kommen 25 mütterliche Todesfälle — 12 p. c.

Harris (ebenso): In Amerika auf 28 Symphyseotomien 4 Todesfälle — $14\frac{2}{7}$ p.c.; in anderen Ländern ebenso wie Neugebauer angegeben, 12,5 p. c.

sie ausführen; im Allgemeinen aber ist für ein fast todtes Kind ein solcher Preis zu hoch. Daher setze der praktische Arzt das absterbende Kind lieber dem todten gleich und perforire lieber einmal mehr, als einmal zu wenig.

Häufig genug wird im praktischen Leben der Arzt bei so hochgradig verengten Becken das Kind im Mutterleibe schon todt oder im bedenklichsten Zustande antreffen. Wie gut für ihn, dass sein Handeln ihm durch diese Vorschrift der Perforation, nämlich das absterbende Kind dem todten gleichzusetzen, erleichtert wird! Mit ruhigem Gewissen kann er dann auch die Enthirnung eines noch den letzten Rest von Leben darbietenden Kindes vornehmen. Giebt er doch der Familie in kurzer Zeit die gesunde Mutter zurück.

Daher wird im praktischen Leben die Zahl derjenigen Fälle immer eine geringe bleiben, in welchem er vor die Frage gestellt wird: Wie rettest Du bei solcher Beckenenge das lebende und ganz lebensfrische Kind, ohne die Mutter zu gefährden?

Hier hat sein erster und lange prüfender Blick sich auf die Mutter zu richten und eine sorgfältige Untersuchung hat festzustellen, ob die Mutter, abgesehen von dem kranken Becken, im Uebrigen gesund und kräftig genug ist. Fällt aber diese Antwort nicht ganz günstig aus oder ist gar die Mutter in grösserer oder geringerer Gefahr, dann handelt er recht und menschlich, wenn er selbst das lebensfrische Kind perforirt, es sei denn, dass die Mutter mit aller Bestimmtheit für die Gewinnung des kindlichen Lebens mit ihrem eignen eintritt.

So bleiben aus dieser Beckengruppe von Cj. vera 6—7 $^1/_2$ Ctm. nur diejenigen Fälle zur Besprechung übrig, in welchen die gebärende Mutter und ihr Kind kräftig und gesund sind und der Fortschritt der Geburt zur Entscheidung drängt.

Ein so lebensfrisches Kind perforiren zu wollen, ist ebenso unmenschlich, wie unbefriedigend. Erlösend tritt hier die Symphyseotomie in ihr Recht. Sie verwerthet geschickt die natürlichen Geburtswege und giebt im Allgemeinen, soweit es sich bis jetzt übersehen lässt, für die Kinder gleich gute Erfolge, und für die Mutter selbst noch bessere Erfolge als der relative Kaiserschnitt.

Sie darf bis zu einer Verengerung von 6 Ctm. Conjugata vera herab ausgeführt werden. Dann tritt der Kaiserschnitt in sein Recht, welcher in Zukunft vorwiegend auf absolute Beckenenge zu beschränken ist.

Von grossem Interesse ist es zu sehen, wie eng die Becken waren, bei denen Morisani [1]) selbst den Schamfugenschnitt angezeigt fand. Von seinen letzten 15 operirten Frauen betrug bei je einer die Vera 63, 72 und 75 mm; bei zwei Frauen 67, bei 8 Frauen 70 und nur bei einer, welche sich zweimal der Symphyseotomie unterzog, 79 mm. Doch ist hierbei zu bemerken, dass zur Berechnung der Conjugata vera in den meisten dieser hochgradig rachitischen Becken von der diagonalis nur 1,5 Ctm. abgezogen worden ist.

Zieht man dagegen, wie es der Wirklichkeit vielleicht noch näher kommt, von der diagonalis dieser Becken 2 Ctm. ab, dann gestaltet sich die

[1]) Per la sinfisiotomia. — Annali di ostetricia e ginecologia. Gennaio 1893.

Gruppe der Morisani'schen Becken als etwas enger und er hat bei folgenden Conjugatae verae operirt:

			Geschichte der Kinder
In 1 Fall	von Conj. vera	von 7,4 C. (2mal an derselben N. 22 u. 291)	3050 u. 3150 Gr.
In 3 Fällen	Id.	6,8 Id. (2mal an derselben N. 6 u. 11)	3080, 2600, 3250, 2690.
In 3 Id.	Id.	6,7 Id.	2920, ? , 3250.
In 4 Id.	Id.	6,5 Id.	2920, 3500, 3100, 3000.
In 1 Fall	Id.	6,3 Id.	2100.
In 1 Id.	Id.	6,1 Id.	2500.

Man sieht hieraus, die Mehrzahl seiner Fälle hatte eine verengte Vera zwischen 6,5 und 7 C.; das Durchschnittsgewicht der Neugeborenen betrug 3030 gr. und nur ein Kind ist darunter, welches 3500 Gramm wog.

Er rettete alle Mütter; von den 15 Kindern starben 2 bald nach der Geburt, doch kommt nur 1 Todesfall von ihnen auf Rechnung der Operation.

Nehmen wir nun diesen glänzenden Erfolg zum Ausgangspunkte und fragen nach den Vorbedingungen für die Symphyseotomie, so muss:

1. die Gebärende frei von Infection sein;
2. das Becken darf nicht ankylotisch oder schräg verengt sein;
3. die weichen Geburtswege müssen hinreichend eröffnet sein;
4. die Herztöne des Kindes müssen gut sein.

Und was die Technik betrifft, so erscheint sie nach den Berichten von Morisani und seinen Schülern und späteren Operateuren, nicht mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, eine Angabe, die jedoch mit den Berichten Anderer nicht übereinstimmt.

Indem ich hierüber nur das Wesentlichste hervorhebe, so ist zunächst das Operationsgebiet in weitester Umgebung, ebenso wie die inneren Organe, auf das Sorgfältigste zu desinficiren. Empfehlenswerth ist es, dass der Operateur sich nur mit der Symphysenwunde beschäftigt und ein Andrer die Extraction des Kindes übernimmt.

Für den Anfänger ist die Auffindung der Symphyse nicht immer leicht. Sie steht meistens etwas links von der Mittellinie und läuft schräg nach links unten. Man durchschneidet sie ganz; von meinem Vorschlage, welcher auf einem Irrthum beruhte, sie nur auf Dreiviertel zu durchschneiden, bin ich ganz zurückgekommen. Auch wird unter Umständen das ligamentum arcuatum zu durchtrennen sein. Eine etwaige Verknöcherung der Symphyse bei einer Gebärenden gehört zu den grössten Seltenheiten.

Beachtenswerth ist, dass unsre italienischen Collegen nur einen kleinen Hautschnitt machen, die mm. pyramidales ein wenig einkerben und dann mit dem Finger sogleich hinter die Schamfuge gehen. Hier spielt Uebung und Sicherheit eine grosse Rolle.

Die jetzt oft eintretende Blutung kann eine ganz mächtige sein. Wir beherrschen sie durch Tamponade mit antiseptischer Gaze. Inzwischen bringen die Assistenten die Frau in die Walcher'sche Hängelage, drängen von oben den Kopf in das erweiterte Becken ein, halten aber dabei mit den Händen das Becken von beiden Seiten zusammen und nun entwickelt ein Dritter das Kind mit der Zange. Jedenfalls wird die Halbentbundene nicht der weitern Naturwirkung überlassen, sondern die Geburt wird bald zu Ende geführt.

Hierbei sind schon schwere Weichtheilverletzungen vorgekommen, so bedeutend, dass die Symphysenwunde bis in die vordere Scheidenwand hinein weiter riss. Sollte nun auch das Collum noch verletzt oder eine Scheidendamnincision zur Entspannung gemacht worden sein, so geht man wohl mit der Behauptung nicht zu weit, dass es nunmehr genug sein dürfte, was für die Erhaltung eines kindlichen Lebens von der Gebärenden an Opferfreudigkeit und von dem Arzte an Verwundung zu leisten ist.

Nach Entfernung der Gaze aus der Wunde werden die beiden Symphysenflächen fest aneinandergedrückt unter genauer Schonung der Harnblase, und dann die Wunde vernäht mit tiefen Seidennähten unter Mitfassen der vordern Knorpelränder. In wieweit Drainage hierbei anzuwenden ist, wird in jedem einzelnen Falle zu entscheiden sein. Ein breiter Beckengurt hält schliesslich den ganzen, gut gepolsterten Verband zusammen.

Die Nachbehandlung erscheint sehr einfach; sie ist es aber in den Anfangsfällen ganz gewiss nicht; denn sie erfordert vollste Beachtung von Temperatur und Puls, peinliche Reinhaltung der Wunde, die nicht immer per primam heilt; es können sich Sequester ablösen. Die Zerreissungen der Weichtheile verlangen genaue Ueberwachung. Decubitus und Thrombosen haben durch das lange Liegen so manche Erholung gestört, und auch Blasenscheidenfisteln sind berichtet worden.

Bedarf es nach dieser Schilderung noch einer weiteren Begründung, dass die Symphyseotomie eine grosse und nicht ungefährliche Operation ist, und es noch lange nicht an der Zeit sein kann, sie dem praktischen Arzte anzuempfehlen? Wohl werden gründliche Einübung und Erfahrung die mannichfachen Klippen glücklich umschiffen lassen, und dem geübten Operateur wird es, wie beim Kaiserschnitt, nicht schwer fallen, nach und nach eine stattliche Reihe glatt genesener Frauen aufweisen zu können. Aber auch damit ist die Einbürgerung in die Praxis noch nicht bewiesen. Denn zur Einübung und Erfahrung gehört noch eine geschickte Auswahl der Fälle, eine massvolle Indikationsstellung, eine sehr gute Assistenz und endlich eine sachgemässe und ausdauernde Nachbehandlung, Anforderungen, welche die Praxis nur in recht unvollkommenem Masse, jedenfalls nicht im klinischen Sinne erfüllen kann.

Ganz anders aber verhält sich die Sache der Klinik gegenüber.

Für sie ist die Symphyseotomie eine grossartige Errungenschaft, die in einzelnen wenigen Fällen als die allein richtige Operation zu gelten hat. Wenn ich aber auch hier für eine gewisse Einschränkung eintrete, so geschieht es im Interesse der Operation selbst, zum Nutzen unserer Schüler und nicht zum geringsten Theile zum Wohle der Gebärenden selbst und ihrer Familien.

Denn würde sie wirklich in der Privatpraxis öfters ausgeführt, so wird doch der einzelne Arzt immer nur selten dazu Gelegenheit finden; und alle diese Fälle würden nur den Werth von Erstlingsoperationen haben mit all' den traurigen Möglichkeiten und Folgen, welche die Literatur geschildert hat. Möge es aber lieber nicht dazu kommen, dass symphyseotomirte Frauen ihr Leben lang, womöglich nach der ersten Entbindung, mit schlotternden Beckenknochen und vielfachen sonstigen Beschwerden herumlaufen müssen. Nach Alledem fasse ich die

3. These in den Satz zusammen: Bei verengten Becken mit einer Conjugata vera von 6—7 $^1/_2$ Ctm. ist die Perforation des lebenden Kindes zu

ersetzen durch die Symphyseotomie. Derartige Fälle sind an eine Klinik oder dementsprechende Anstalt zu verweisen. Denn die Symphyseotomie ist gefahrvoll durch die Blutung und die Verletzungen der Weichtheile, und schwierig in der Nachbehandlung.

Sie eignet sich daher ebenso wie der relative Kaiserschnitt nicht für den praktischen Arzt. Dieser möge im Entscheidungsfalle, wenn er selbst entbinden muss und die Verantwortung allein trägt, dann, wenn alle andern Hülfsmittel nutzlos sind, getrost die Perforation des lebenden Kindes vornehmen, beruhigt in dem Gewissen, für die Familie das Höchste angestrebt zu haben, was er vermag — die Erhaltung der Mutter.

Und wenn ich mich jetzt zum Schlusse wende, so geht aus diesen Darlegungen von selbst hervor, dass in einer Klinik wohl ab und zu die Anzeigen zur Symphyseotomie eine gewisse Ausdehnung erlangen können, je nach dem gegebnen, besonders abzuwägenden Falle. Man denke an Eklampsie, an drohende Uterusruptur, an hintre Scheitelbeineinstellungen, an feststehende Gesichtslagen mit dem Kinne nach hinten; auch können Fälle mit normalem oder nur mässig verengtem Becken, aber ganz ungewöhnlich grossen Kindern solchen gleichwertig erscheinen mit starkverengtem Becken und kleinen oder nur mittelgrossen Früchten.

Aber für diese und ähnliche Ereignisse giebt es keine allgemeine Regeln. Hier gebietet allein die Erfahrung und die nüchterne Abwägung.

Jedenfalls gebührt unser Aller Dank dem Manne, welcher mit unendlicher Ausdauer und mit der Hand des vollendeten Meisters die Symphyseotomie zu ihren glänzenden Erfolgen geführt hat; dem Manne, dessen Kunst nur von seinem eignen Ruhme übertroffen wird!

Gloria ed onore al professor Morisani!

Schlussfolgerungen

1. Die Symphyseotomie, ausgeführt nach den Grundsätzen Morisani's, hat nach dessen glänzenden Erfolgen als eine grossartige Errungenschaft für die Klinik zu gelten. Doch kann und darf sie jetzt noch nicht verallgemeinert werden. Sie ist nicht dazu geeignet vom praktischen Arzte zum Ersatz der Perforation oder gar der Wendung ausgeführt zu werden, da ihre Gefahren nicht zu unterschätzen sind.

2. Erstgebärende sind der Symphyseotomie womöglich nicht zu unterziehen.

3. Das weitere Befinden der bisher Symphyseotomirten ist noch lange Zeit genau zu verfolgen und nach 1-2 Jahren darüber ausführlicher Bericht zu erstatten.

4. Die Blutung und die Scheidenverletzungen bei der Symphyseotomie mahnen zur grössten Vorsicht und können ebensoviel Schwierigkeiten verursachen wie die Nachbehandlung.

5. Im Allgemeinen werden der Symphyseotomie enge Becken mit einer Coniugata vera von $7\,^1/_2$ Ctm. abwärts bis zu $6\,^1/_2$ Ctm., vielleicht bis zu 6 Ctm. zu unterziehen sein. In solchen Fällen ist die Perforation des lebenden Kindes zu ersetzen durch die Symphyseotomie. Derartige Fälle sind an eine Klinik oder an eine dieser entsprechende Anstalt zu verweisen.

Muss aber in einem solchen Falle der practische Arzt selbst entbinden, und die Verantwortung allein tragen, so wähle er lieber nicht die Symphyseotomie, auch nicht den relativen Kaiserschnitt, sondern nehme getrost, wenn alle andern Hülfsmittel nutzlos sind, die Perforation des lebenden Kindes vor, beruhigt in dem Gewissen, für die Familie das Höchste angestrebt zu haben, was er in solchem Falle vermag — die Erhaltung der Mutter.

6. Bei Beckenenge abwärts bis zu 7 Ctm. Conjugata vera ist, wenn die Schwangre sich früh genug an den Arzt wendet, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Sucht sie aber erst am Ende der Schwangerschaft, beziehentlich unter der Geburt ärztliche Hülfe, so ist unter Schonung der Fruchtblase bis zur vollen Erweiterung des Muttermundes zunächst der normale Geburtsverlauf abzuwarten.

Tritt aber eine spontane Geburt nicht ein, dann lassen sich bei plattem Becken bis zu 7 Ctm. und bei allgemein verengtem Becken bis zu 7 $^1/_2$ Ctm. Conjugata vera, bei stehender Fruchtblase, bei vollständig erweitertem Muttermunde und unter Anwendung der Walcher'schen Hängelage selbst noch grosse reife Kinder mit dem besten Erfolge durch Wendung und Extraction entwickeln.

Nur in ganz seltnen, und in allen Einzelheiten besonders abzuwägenden und geeigneten Fällen, wenn hohe Zange und Wendung aussichtslos erscheinen, soll in dieser Beckengruppe zur Symphyseotomie geschritten werden.

Discussione

Prof. **P. Zweifel** (Leipzig): Wenn die Symphyseotomie nicht zu der Vollendung gelangt, dass sie auch von practischen Aerzten ausgeführt werden kann, erfüllt sie den Zweck einer lebenserrettenden Operation für die Kinder nur sehr unvollkommen. Wenn allein dieses Ziel befriedigen kann, so will ich durchaus nicht sagen, dass dieses Ziel schon heute erreicht sei.

An einer anderen Stelle habe ich die Stellung der Symphyseotomie so angegeben, dass dieselbe weit mehr als der Kaiserschnitt berufen sein wird Allgemeingut der Aerzte zu werden und die Perforation lebender Kinder einzuschränken. Damit ist klar gesagt, dass dies eine Hoffnung auf die Zukunft sei und dass die Werthschätzung vergleichsweise gegenüber dem Kaiserschnitt gelte.

Von diesem Standpunkt haben mich die Erfahrungen eines weiteren Jahres nicht abgebracht.

Die Gegengründe welche einst gegen die Symphyseotomie vorgebracht wurden, waren: 1) eine ungenügende Erweiterung des Beckens, um durch die Symphyseotomie den Kaiserschnitt zu ersetzen; 2) dass die Operation tödtliche Verletzungen setze.

Der erste Gegengrund war nicht ohne ein Körnchen Wahrheit, weil es sich damals um den Ersatz des Kaiserschnittes aus absoluter Indication handelte. Heute ist dieser Einwand nicht mehr stichhaltig, weil man allerseits einsieht, dass deren Gebiet ein beschränktes ist. Sie haben aus dem Munde unseres berühmten Collegen Morisani gehört, dass er rathet, nicht unter einer Conjugata vera von 6.7 Ctm. zu operiren.

Meine Erfahrungen und gerade diejenigen des letzten Jahres brachten mich zu dem Entschluss nicht mehr unter 6.5 Ctm., normal grosses Kind vorausgesetzt, die Symphyseotomie zu machen.

Was den zweiten Punct betrifft, so ist derselbe heute Dank der Antisepsis erledigt.

Aber es giebt heute neue Einwendungen und zwar um der Weichtheilverletzungen willen. Um diese zu vermeiden, empfehle ich 1) wenn möglich die normale Geburt abzuwarten, 2) stumpfe Trennung der Weichtheile am unteren Rand der Symphyse, 3) jedes Spreizen und Rotationen der Beine nach auswärts zu vermeiden, 4) eine Esmarch'sche elastische Binde um das Becken zu legen, endlich 5) den Hautschnitt quer über die Symphyse zu legen. Es ist das letztere von einem deutschen Collegen auf dem Congress in Breslau vorgeschlagen, aber schon lange vorher von mir zum Zweck einer Scheidenoperation angewendet worden.

Die Ergebnisse des letzten Jahres waren unter 9 Symphyseotomien kein Todesfall, so dass jetzt eine Serie von 23 Operationen ohne Todesfall der Mutter und nur zwei Todesfälle der Kinder vorkommen.

Doch haben wir bei drei Frauen Gehstörungen gesehen.

Da die drei Frauen je 6 und 6.5 Ctm. C. vera hatten und bei ihnen entweder durch heftigen Druck der Kopf eingepresst oder durch Forceps herausgezogen werden musste, schliesse ich auf grössere Spannungen und Störungen in den hinteren Gelenken.

Auch dies wird vermieden werden, wenn man die Symphyseotomie nicht unter 6.5 Ctm. ausführt.

Prof. **Varnier** (Paris): Messieurs, l'école à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir ne peut laisser passer, sans protester, les conclusions de notre honorable collègue, le professeur Léopold.

A quelques-unes de ces conclusions mon maître, M. Pinard, a répondu par avance.

Je veux ici m'attacher uniquement aux suivantes:

« 1. La symphyséotomie n'est pas encore une opération à la portée du praticien.

« 2. Dans les rétrécissements, jusqu'à sept de conjugué vrai, il faut, si la femme est vue pendant la grossesse, pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

« 3. Si, enfin, la femme, atteinte de rétrécissement (au-dessus de sept) ne se présente qu'en travail, il faut respecter la poche des eaux, attendre la dilatation complète et voir venir. Si l'accouchement n'a pas lieu spontanément et que l'enfant soit bien vivant, il faut, dans les bassins plats jusqu'à sept et les généralement rétrécis jusqu'à sept et demi, la poche étant intacte, la dilatation complète, les jambes pendant à la Walcher, faire la version qui peut donner d'excellents résultats.

« Ce n'est que dans des cas très rares que si le haut forceps et la version paraissent ne pas devoir donner de résultats (dans le groupe de bassins visés), il faut recourir à la symphyséotomie dont le terrain d'élection serait les bassins de sept et demi à six et demi, peut-être même jusqu'à six. »

C'est bien celà, n'est-ce pas?

A la première conclusion nous répondrons que seul le praticien est juge en la matière. Quoique nous disions les uns ou les autres, il choisira, après lecture, non de nos discussions, mais des faits positifs qui lui sont soumis, la voie qui lui paraîtra la meilleure.

Déjà nombre de praticiens français, parmi lesquels je citerai Pruvost de Raismes, Burdeau d'Antony, Tousan de Toulouse, Laberge, etc., se sont chargés de prouver le mouvement en marchant; et bien qu'ils aient opéré dans des conditions absolument défectueuses, ils ont obtenu de la symphyséotomie des succès immédiats et à distance qui ne le cédent en rien à ceux qu'on obtient dans les cliniques.

Ils sont, avec M. Léopold (juillet 1892), d'accord sur ces points, que la symphyséotomie est une opération « die leicht auszuführen ist », après laquelle l'enfant « spielend leicht entwickelt werden könnte », à condition toutefois qu'on ne considère pas comme « ganz unnöthig » « das Ligamentum arcuatum zu durchtrennen », et qu'on veuille tenir compte des données anatomiques sur lesquelles M. Pinard a insisté tout à l'heure.

Je passe à la conclusion touchant à l'accouchement provoqué.

Ici, messieurs, nous sommes irréductibles. Et nos arguments nous les emprunterons, pour la plus grande partie, à notre honorable collègue.

Faut-il donc que je lui rappelle ce dont il accuse lui-même l'accouchement prématuré artificiel?

Faut-il insister encore sur ce qu'a d'irrationnel une opération qui, se proposant de parer aux inconvénients de l'accouchement à terme dans les rétrécissements de sept et demi et au-dessus, arrive à donner — entre les mains de ceux qui en ont une grande habitude — une mortalité prophylactique supérieure à celle de la version curative: 36.6 pour cent, contre 33.4 pour cent?

On ne peut arguer ici de la mortalité maternelle; vous avez 1.2 pour cent avec le seul accouchement provoqué (sans compter la version, le forceps, la perforation, l'opération césarienne).

Nous avons, nous (voyez la thèse de Pierre Farabeuf sur les *Bienfaits de la symphyséotomie*), avec la symphyséotomie comme intervention unique, une mortalité maternelle totale, non expurgée, de 2 pour cent..... pour une mortalité fœtale de 7 pour cent. Alors qu'en dix ans, avec les procédés anciens, dans le même milieu, entre les mains des mêmes opérateurs, nous comptions:

Mortalité	fœtale . . .	37.3 pour cent.
Id.	maternelle.	2.8 pour cent.

Je sais bien que M. Léopold nous dit (***Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden***):

« L'accouchement prématuré artificiel donne 1.2 pour cent de mortalité maternelle et 36.6 pour cent de mortalité fœtale; c'est là un résultat qui, longtemps encore, ne pourra nous satisfaire.

« Son but est de sauvegarder la vie de la mère et celle de l'enfant à un plus haut degré que celui atteint jusqu'ici.

« Tout d'abord il importe d'éloigner l'infection de la mère; ensuite, pour la viabilité de l'enfant, d'attendre le moment le plus favorable à la provocation de l'accouchement, d'imaginer un procédé encore plus rapide

qui excite les douleurs sans léser la poche des eaux, et, enfin, de mettre l'enfant né trop tôt dans des conditions d'alimentation, de surveillance et de température propres à diminuer le plus possible les dangers qu'il court. »

Je ne sais si, depuis l'an dernier, notre collègue a pu combler ces désidérata. Mais je sais que nul ne l'a plus tenté qu'un de nos maîtres vénérés. Vous vous rappelez que l'an dernier, à pareille époque, M. Tarnier publiait une statistique des plus heureuses: 18 pour cent de mortalité infantile pour 41 cas d'accouchement provoqué prématuré.

Depuis lors, en un an, entre les mains de ce maître expérimenté nous avons vu le chiffre des cas monter à 87 et celui de la mortalité des enfants sauter de 18 à 30 pour cent[1]).

Quelle démonstration plus topique vous faut-il à l'appui de la thèse que nous soutenons: à savoir que l'accouchement prématuré provoqué est une méthode aveugle et empirique qui a fait son temps et qu'il faut abandonner.

J'arrive à la troisième conclusion: la femme étant à terme et en travail.

Vous dites:

1. Il faut respecter la poche des eaux le plus longtemps possible. Nous sommes d'accord..... à condition que la nature s'y prête.

2. Il faut attendre la dilatation complète et voir venir. Nous sommes d'accord, à condition que l'enfant s'y prête.

3. Mais où nous différons absolument c'est ici: « Si l'accouchement n'a pas lieu spontanément, dites-vous, il faut faire la version. »

Je n'aurai pas la cruauté de vous rappeler, mon cher collègue, les résultats que cette opération vous a donnés.

Aussi bien ici il ne saurait plus être question de pourcentages. C'est sur les principes, sur la méthode que nous sommes en désaccord absolu; et c'est spécialement sur ce point que je veux appuyer.

Sans savoir exactement quelles sont les dimensions du bassin, surtout celles de la tête et son degré de réductibilité, vous voulez vous lancer à l'aveugle, à la suite des classiques, dans une version suivie d'extraction.

Nous disons, nous, que ces méthodes empiriques ont fait leur temps, et qu'il est de notre devoir de chercher, dès maintenant, à traiter scientifiquement la dystocie du détroit supérieur.

Dott. **F. Caruso** (Roma): Permettetemi, o signori, di pigliare la parola per insistere ancora una volta sulla tecnica operativa da me adoperata e sulla lega fra sinfisiotomia ed embriotomia contro il parto cesareo.

Nei miei casi ho fatto un'incisione longitudinale, mediana, lunga 5 a 6 cm. a cominciare 2 cm. circa sopra della sinfisi fino in vicinanza del clitoride deviando un poco a sinistra di quest'organo, e recidendo a strati a strati i tessuti prepubici a man sospesa; ho praticato poi un taglio orizzontale rasente il margine superiore della sinfisi, separando l'inserzione dei muscoli piramidali per tanta estensione per quanta bastasse a permettere l'introduzione del dito indice (sinistro) dietro della sinfisi; passato il dito nello spazio di Retzius, ho scollato i tessuti retropubici fino ad uncinare il mar-

[1]) O. Grenet, *Etude théorique et critique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col.* Thèse, Paris, 15 mars 1894.

gine inferiore della sinfisi, e con un bisturì bottonato a lama non molto spessa ma robusta ho inciso la sinfisi d'alto in basso e di dietro in avanti compreso il lig. arcuatum, in quella che un assistente, mercè il catetere, previamente introdotto in vescica, deviava l'uretra fortemente in basso. In ultimo ho fatto la sutura dei tessuti sopra- e prepubici con punti profondi in numero di 4-5 e con qualche punto superficiale, avendo cura di abbracciare nelle anse dei primi anche i tessuti fibrosi rivestenti la faccia anteriore dei pubi. A me pare che questo processo sia il più facile, il più rapido e il più sicuro. Non richiede l'uso di istrumenti speciali (falcetta di Galbiati o Galbiati-Harris, scalpelli, ecc.), evita con sufficiente sicurezza le lesioni della vescica e dell'uretra; abbracciando nei punti profondi anche i tessuti fibrosi che rivestono la faccia anteriore dei pubi, si vengono a tener meglio avvicinati i pubi divisi.

La sutura delle ossa non è indispensabile. Questo processo, che in quest'ultimi tempi è stato messo in opera da molti operatori, fu da me esperito per primo sulla donna vivente nel giugno 1891 (Veggasi la mia memoria negli *Annali di Ostetricia*, 1892), tale quale l'ho descritto, non esclusa la piccola pratica di abbracciare nei punti profondi anche i tessuti fibrosi prepubici, sulla cui utilità Pinard ha tanto insistito quest'oggi. I risultati ottenuti da me e da coloro che hanno fatto ricorso a questo processo sono stati dei più soddisfacenti.

Dopo gli splendidi risultati avutisi con la sinfisiotomia mi pare che possa finalmente trovare diritto di domicilio nella pratica la lega suddetta proposta da Jacolucci. È fuori dubbio che la sinfisiotomia ingrandendo la capacità pubica rende molto agevole l'embriotomia, che riuscirebbe altrimenti grandemente difficile od impossibile. Praticare in siffatti rincontri la operazione cesarea per presentare alla madre un cadavere non è una bella operazione; inoltre mi sembra che la lega in questione sia meno pericolosa del parto cesareo conservatore, al quale si deve ricorrere, se non vi ha infezione, e meno pericolosa dell'operazione cesarea demolitrice (Porro o Porro-Freund), che è quella che per lo più si sarebbe costretti a mettere in atto in tali casi, data la loro speciale impronta, a causa della morte del feto avvenuta da un tempo più o meno lungo, ed ha un vantaggio di più sull'operazione cesarea demolitrice, che non toglie alla donna la facoltà a generare.

Dr. **M. Sänger** (Leipzig): Die Symphyseotomie hat den Kaiserschnitt aus relativer Indication zurückgedrängt. Seine Technik und seine Resultate berechtigen dies, aber nicht in dem Masse, als die reinen Anhänger der ersteren es hinstellen. Morisani sprach von der immer noch erschreckend hohen Mortalität der Mütter nach Kaiserschnitt, Leopold normirte sie auf 15-20 p.c; doch haben diese Zahlen nur Bedeutung für alle Fälle von Kaiserschnitt aus relativer und absoluter Indication, nicht aber für die relative allein. Hier ist die Mortalität eine weit geringere. Leopold selbst, Zweifel, Schauta, Murdoch-Cameron haben lange Reihen von Kaiserschnitten ohne Todesfall veröffentlicht. Ich selbst, der ich keine geburtshülfliche Klinik unter mir habe, verfüge über zwölf Fälle von Kaiserschnitt, worunter neun aus relativer Indication, mit Heilung sämmtlicher Mütter und 11 lebend geborenen Kindern; 1 war vor der Geburt abgestorben. Stellen wir diese Ergebnisse denen

der Symphyseotomie gegenüber, so hat Morisani selbst deren Gesammt-Mortalität auf 12 p.c. normirt.

Um so erstaunter war ich jetzt zu hören, dass Farabeuf-Varnier nur eine Mortalität der Mütter von 2 p. c., der Kinder von 6 p. c. heraus rechnen.

Ich vermag diese beiden so sehr verschiedenen Procentzahlen nicht mit einander in Einklang zu bringen.

Es steht für mich fest, dass die Resultate des Kaiserschnittes aus relativer Indication von denen der Symphyseotomie wenig oder gar nicht verschieden sind. Es liegt auch nahe eine Parallele zu ziehen zwischen der Ausführung und Nachbehandlung bei beiden Operationen: dieselbe fällt entschieden zu Gunsten des Kaiserschnittes aus. In einer Stunde kann dieser vollendet sein, bei absoluter Sicherung des Kindes; die Nachbehandlung ist die einer einfachen Coeliotomie. Bei abwartendem Vorgehen nach Zweifel kann eine Entbindung mittelst Symphyseotomie und A. einen Tag beanspruchen, die Nachbehandlung sich über Wochen erstrecken und die Operirte schliesslich in einem Zustand der Invalidität zurücklassen. Wenn man die Sectio c. relativa noch aseptisch ausführen kann, wenn man unter Beachtung aller Einzelheiten der Technik, unter Weglassung künstlicher Blutleere etc. operirt, so ist die Prognose heutzutage absolut gut. Gleichwohl gebe auch ich mit vollster Anerkennung der Leistungen Morisanis zu, dass die Symphyseotomie nun zu den vollberechtigten Geburtshülflichen Operationen zu zählen sei und ich betrachte es als eines der Hauptergebnisse der heutigen Vorträge nebst Discussion, dass die verschiedenen Ansichten über die untersten Grenzen der Symphyseotomie klar zum Ausdruck gekommen sind. Gerade Meister Morisani zeigt sich hier als der gemässigtste von Allen, indem er unter 6.7 ctm. nicht mehr die Symphyseotomie ausführen will, während Pinard, dem die deutsche Schule darin schwerlich folgen wird, bis auf 5 ctm. heruntergeht. Wenn wir aber bei dem gemässigten Bereich für die Symphyseotomie von 6.7-8 an nach Morisani bleiben, dann, meine Herren, bleibt auch jetzt noch für die Sectio caes. aus relat. Indication genug zu thun. Die Vortheile der Sectio caes. sind so gross, dass ihre Ausführung, ihre Resultate eben noch mehr zu verbessern sind, anstatt sie unter Forcirung der Symphyseotomie zu vernachlässigen.

In Zukunft wird der Kaiserschnitt doch wieder vorrücken und die Symphyseotomie zurückweichen, hinter eine Grenze, welche dann von Niemand bestritten werden wird.

Prof. **Planellas** (Barcelonne): Je dois insister sur les résultats que j'ai obtenus en pratiquant la symphyséotomie sur le cadavre, ayant trouvé assez de cas dans lesquels on produisait l'élargissement asymétrique du bassin. On a étudié la symphyséotomie avec le parti pris que l'écartement des pubis était toujours symétrique; je crois, au contraire, qu'on doit étudier, d'une manière toute spéciale, l'écartement asymétrique. Je n'ai pas le temps de lire toutes les notes que j'apporte au Congrès, je vais seulement présenter mes conclusions:

1. On peut obtenir, avec la symphyséotomie, deux manières d'élargissement du pelvis: symétrique ou asymétrique.

2. La symétrie ou l'asymétrie de l'élargissement sont déterminées par l'état anatomique des articulations sacro-iliaques, l'âge de la femme, le degré

de séparation des pubis et la manière de produire cette séparation, en faisant prise sur les cuisses.

3. Dans la généralité des pelvis, on obtient l'élargissement symétrique quand on ne dépasse pas les six centimètres de séparation des pubis. Avec une séparation plus grande, on obtient souvent l'asymétrie.

4. Avec l'élargissement asymétrique, on produit dans le pelvis une forme semblable à l'oblique ovalaire.

5. L'élargissement asymétrique modéré produit des lésions peu importantes et parfaitement curables, dans les articulations sacro-iliaques.

6. Il est très important de rechercher et de vérifier quelle manière d'élargissement on a produit par la section de la symphyse du pubis. Cela s'obtient avec exactitude moyennant l'inspection et la pelvimétrie externe.

7. Les applications de l'élargissement asymétrique peuvent embrasser beaucoup de cas dans lesquels le pelvis est symétrique, ou d'autres dans lesquels il ne l'est pas.

8. Quand le pelvis est symétrique, si on opère la séparation d'un seul coxal on peut obtenir, avec un écartement déterminé, une certaine augmentation du diamètre oblique du même côté, tandis qu'il faudrait double séparation interpubienne pour l'obtenir avec l'élargissement symétrique.

9. L'élargissement asymétrique a ses indications plus précises dans les cas du pelvis déjà asymétrique. Dans ces cas, en pratiquant la symphyséotomie avec écartement asymétrique, on peut remplacer l'ischio-pubiotomie avec beaucoup d'avantages, particulièrement ceux d'une technique plus simple et exempte de complications ultérieures.

Prof. **A. Fochier** (Lyon):

Etude pelvigraphique des effets de la symphyséotomie.

Cette étude est faite à l'aide d'un procédé employé à ma clinique depuis plus de six ans pour apprécier la forme des rétrécissements du détroit supérieur. Le plan du détroit supérieur étant maintenu vertical, on photographie les contours du détroit délimité à l'aide d'un trait de craie, en ayant soin d'obtenir une réduction exacte de la moitié dans les dimensions linéaires.

Sur le tracé ainsi obtenu, on peut étudier soit les dimensions linéaires, soit l'adaptation de tracés analogues représentant les différentes circonférences céphaliques avant et après la symphyséotomie.

L'étude d'un grand nombre de bassins m'a amené aux conclusions suivantes:

1. La symphyséotomie transforme les bassins aplatis généralement rétrécis et les bassins généralement rétrécis en bassins aplatis, et dès lors il est indiqué de placer la tête en position transversale et en attitude intermédiaire, après la symphyséotomie.

2. Les bassins asymétriques (les scoliotiques spécialement) sont aussi transformés en bassins aplatis, surtout si la partie large de la tête s'engage du côté large du bassin.

3. L'écartement d'une seule symphyse sacro-iliaque peut être fort utile, puisqu'il permet l'engagement extra-médian de la tête et puisqu'il permet de

reporter le bi-pariétal très loin sur les côtés du conjugué, dont les dimensions ne sont pas agrandies.

4. Enfin j'y arrive par l'étude de tous les bassins dont j'ai pu disposer, et qui présentent de six à sept centimètres de conjugué, c'est-à-dire qu'entre six et demi et sept centimètres la symphyséotomie donne des résultats douteux, et que l'asymétrie pelvienne, dans ces conditions, présente plutôt des avantages, à condition qu'on ait soin de déprimer la région temporale de la tête contre le promontoire, ce qui est toujours possible avec le forceps.

Discussione

Prof. **Leopold** (Dresden): Da ich das Schlusswort in der Discussion erhalten habe, so bemerke ich zu der Bemerkung des Herrn Varnier ich hätte die Symphyseotomie als leicht bezeichnet, dass diese eine Bezeichnung nach der ersten Operation erfolgt ist. Doch können bekanntlich auf eine leichtere Operation 18 schwere folgen, auch nennt ein geübter Operateur das noch leicht was für einen wenig geübten schon schwer ist. Und ich wiederhole nochmals, dass die Symphyseotomie für den practischen Arzt eine recht schwere Operation ist und bleiben wird, und warne den practischen Arzt davor, sie dann etwa auszuführen wenn er eine leichtere Ersatzoperation hat.

Die Klinik hat nicht bloss die Aufgabe für die Klinik zu arbeiten und schöne Operationen auszuführen, sondern wir sollen den Studenten und Aerzten auch diejenigen Operationen besonders erklären und anempfehlen mit denen sie in der Praxis am besten auskommen, und unter diesen kommen unter allen Umständen die Wendung, Extraction und Perforation in Betracht.

Prof. **O. Morisani** (Napoli): Voglio far notare che al paragone tra la sinfisiotomia e il forcipe deve aggiungersi una importante considerazione, ed è che la media della mortalità per il forcipe non può essere apprezzata rigorosamente. Infatti la mortalità fetale varia considerevolmente secondo la maggiore o minore riduzione della conjugata. Si comprende come i pericoli per il feto saranno minori, allorchè la conjugata varia tra gli 81 e i 90 mill.; ma saranno massimi, allorchè la conjugata oscilla tra 70 e 75 millimetri; le quali dimensioni della conjugata stabiliscono i limiti della indicazione della sinfisiotomia. Si comprende che la media di mortalità potè esser portata al 6-7 per cento, nei casi di applicazione di forcipe al distretto superiore, perchè l'istrumento fu applicato esclusivamente nei casi minimi di angustia.

Dirò lo stesso del rivolgimento, aggiungendo, che questa operazione anche in bacino normale dà una mortalità fetale abbastanza considerevole; nei bacini poi angusti la mortalità è e deve essere molto maggiore.

Dott. **G. Spinelli** (Napoli):

Studii anatomici e sperimentali sulla sinfisiotomia.

Le mie ricerche, intraprese già da alcuni anni, prima ancora che la sinfisiotomia rifacesse il suo giro nel mondo, trovano ancor oggi la opportunità di esser conosciute, inquantochè intorno ai quesiti da me studiati s'impernia sostanzialmente la questione operativa della sinfisiotomia.

Le mie conclusioni hanno una larga base sperimentale e cadaverica. La pratica di più anni nella ricerca anatomica delle stesse quistioni mi ha messo in grado di semplificare la tecnica e di eliminare le cause di errore, in cui spesso si cade nelle prime prove di studii si fatti.

Trascuro in questa comunicazione le modalità tecniche da me seguite per riuscire allo scopo delle mie ricerche; la descrizione di queste pratiche sarà consegnata *in extenso* nella mia opera sulla sinfisiotomia, di prossima pubblicazione. Tuttavia per amor di chiarezza, nel corso di questa lettura farò cenno sommario di taluno dei miei esperimenti.

I quesiti che hanno principalmente richiamato il mio studio e sui quali intendo intrattenere il Congresso, sono i seguenti:

1. Quale è il meccanismo di divaricamento delle ossa iliache dopo la sinfisiotomia.

2. Fino a che grado si può portare il divaricamento dei pubi senza lesioni gravi delle articolazioni sacro-iliache.

3. Fino a che grado il divaricamento dei pubi è compatibile con la integrità della vagina, della vescica e dei corpi cavernosi della clitoride. Come si comporta la cute della regione pubica ed i muscoli retti durante i diversi gradi di allontanamento interpubico.

4. Quale è l'aumento totale dell'area pelvica, e determinazione dell'area utile.

5. Quale il limite inferiore minimo di ristrettezza pelvica, nei bacini piatti o generalmente ristretti, in cui può praticarsi la sinfisiotomia.

6. Quale è la posizione e l'attitudine che bisogna dare alla testa dopo la sinfisiotomia.

1. *Meccanismo di divaricamento delle ossa iliache dopo la sinfisiotomia.* — Il meccanismo di divaricamento delle ossa iliache, dopo la sinfisiotomia, nei diversi gradi di allontanamento dei pubi è complesso.

Le ossa iliache, dopo la disgiunzione della sinfisi dei pubi, rappresentano due sistemi di leve di secondo genere, di cui la potenza è applicata ai pubi o sopra diversi punti della linea auricolo-pettinea più vicini alle estremità pubiche, la *resistenza* si trova nei ligamenti anteriori delle articolazioni sacro-iliache, ed il *fulcro* sui punti più sporgenti e sopra uno stesso piano dei margini posteriori delle faccette auricolari del sacro.

In queste condizioni, per un certo grado di divaricamento interpubico, il movimento simultaneo delle ossa iliache intorno ai fulcri sacrali si compie intorno ad un asse verticale.

Aumentando il divaricamento i punti di appoggio delle leve sono spostati indietro, ed anatomicamente corrispondono alle eminenze esistenti nelle fosse cribriformi, lungo i prolungamenti delle apofisi trasverse della seconda vertebra sacrale; su questi nuovi fulcri le eminenze più sporgenti delle *tuberosità iliache* si appoggiano in tutto il movimento rotatorio delle ossa iliache fino ad un grado di divaricamento interpubico esagerato (12 a 14 centimetri). Al di là di detto divaricamento il margine estremo posteriore delle creste iliache tocca il sacro, ed allora non è più possibile il divaricamento dei pubi.

A misura che il divaricamento interpubico supera i 7 centimetri, i ligamenti inferiori sacro-iliaci acquistano una tensione molto alta, e discretamente tesi si trovano eziandio i ligamenti grande e piccolo sacro-

sciatici. Il movimento rotatorio delle ossa iliache tende allora a compiersi anche intorno ad un asse orizzontale; in queste condizioni il movimento risultante avviene effettivamente intorno ad un asse inclinato, obliquo d'alto in basso e di fuori in dentro. La ragione di questa rotazione inclinata sta nel fatto che i ligamenti inferiori sacro-iliaci non permettono l'allontanamento delle faccie articolari nella stessa misura che nella porzione superiore; ed allora mentre questa ruota di un certo angolo, la porzione inferiore è costretta a ruotare di un angolo minore; quindi, in effetti, la rotazione avviene intorno all'asse inclinato innanzi detto.

Questo fatto porta di conseguenza che, ad un divaricamento interpubico superiore a 7 centimetri, l'aumento in lunghezza delle linee che possono tirarsi dal promontorio del sacro al contorno antero-laterale del distretto superiore, è maggiore di quello che si otterrebbe, se l'asse di rotazione rimanesse inalterato, cioè verticale.

In breve: le regioni posteriori delle articolazioni sacro-iliache, per la separazione dei pubi, divengono due centri di movimento intorno ai quali ruotano le ossa iliache; i pubi, rappresentando gli estremi anteriori di due leve curve, non possono portarsi in fuori senza la progressione in avanti. La porzione invece dell'osso iliaco corrispondente al margine anteriore della faccetta auricolare, ruota anche intorno ad un arco di cerchio, ma si porta in fuori ed indietro.

2. ***Fino a che grado può portarsi il divaricamento dei pubi senza lesioni gravi delle articolazioni sacro-iliache.*** — Fino a sei centimetri di divaricamento interpubico, il periostio che fa da ligamento anteriore delle articolazioni sacro-iliache si scolla per 3 o 4 centimetri dalla porzione di osso iliaco corrispondente, si tende ma non si lacera; questa osservazione è costante per i bacini appartenenti a donne morte poco dopo il parto o nei primi giorni di puerperio, e *convenientemente preparati* prima dello esperimento.—In bacini invece di donne morte fuori lo stato puerperale, la lacerazione dei ligamenti anteriori sacro-iliaci si osserva già ad un divaricamento interpubico di 4 centimetri.

Nei bacini puerperali un divaricamento interpubico di 8 centimetri aumenta lo scollamento del periostio e ne accentua eziandio la tensione. In generale, sopra 6 casi su 8, comincia a verificarsi la lacerazione del ligamento anteriore, più spesso dal lato dell'osso iliaco. In un sol caso, in cui le articolazioni del bacino presentavano un grande rilasciamento, non si osservò lacerazione di sorta, nemmeno con un divaricamento di 10 centimetri, pur aumentando lo scollamento del periostio. — Da 7 centimetri in poi di allontanamento interpubico i ligamenti grande e piccolo sacro-sciatici cominciano a tendersi.

A 10 centimetri di divaricamento la lacerazione del periostio si accentua, e l'articolazione sacro-iliaca anteriormente è aperta. Resistono però i ligamenti antero-superiori che, rimasti quasi da soli a mantenere la connessione articolare anteriormente, si affascicolano e si tendono come corde da violoncello.

La resistenza di questo ligamento, come del resto anche del periostio, si è dimostrata differente nei due lati. Quasi sempre si lacera più presto da un lato che dall'altro. Nel divaricamento aperto dalle mani giudicai dipendere il fatto dalla diversa forza impiegata più sopra un osso che

sull'altro. Ma la stessa osservazione constatata nell'allontanamento delle ossa iliache determinato dal passaggio della testa, mi han menato ad attribuire la cosa alla differenza di forma esistente tra le due metà del bacino, per cui la testa si appoggia diversamente sulle ossa iliache.

La lacerazione del ligamento antero-superiore sacro-iliaco, d'ordinario, comincia ad osservarsi ad un divaricamento interpubico maggiore di dieci centimetri. — Dopo la rottura di questo ligamento, l'osso iliaco si sub-lussa sul sacro; e la sub-lussazione non viene completamente ridotta col riavvicinamento dei pubi. — *Richiamo dunque l'attenzione sulla importanza del legamento antero-superiore dell'articolazione sacro-iliaca.*

A 6 centimetri di allontanamento dei pubi, i ligamenti posteriori articolari sacro-iliaci (*ligamenti posteriori, postero-inferiori e ligamenti interossei*) vengono accorciati. Aumentando il divaricamento fino a 10 centimetri, i ligamenti interossei si tendono, per lo spostamento indietro dei fulcri sacrali. Al di là di 10 centimetri le fibre più esterne di detto robusto ligamento interosseo cominciano a presentare delle smagliature.

La resistenza che si incontra durante il divaricamento dei pubi fino a 6 centimetri è insignificante; da questo grado fino a 10 centimetri aumenta sempre di più in più, ma non tale da richiedere una forza considerevole. Non è lo stesso per i bacini non puerperali: in essi la resistenza è grande fin dal divaricamento interpubico di 4 centimetri.

Sperimentando su bacini ricoverti dalle parti molli, queste restano intatte durante tutto il tempo dello allontanamento interpubico superiore anche ai 10 centimetri. In casi in cui un esagerato divaricamento aveva prodotto la rottura del periostio e del ligamento antero-superiore, queste lesioni non si resero visibili se non dopo aver scoverte le articolazioni.

3. *Fino a che grado il divaricamento dei pubi è compatibile con la integrità della vagina, della vescica e dei corpi cavernosi della clitoride. Come si comportano la cute della regione pubica ed i muscoli retti durante i diversi gradi di allontanamento interpubico.* — A 6 centimetri di allontanamento dei pubi, su cadavere di puerpera convenientemente preparato, non vi è tensione apprezzabile dei tegumenti esterni; le ossa si allontanano sottocutaneamente, e scorrono come in una guaina. La vagina invece e la vescica sono moderatamente tese.

Ad un divaricamento di 6 a 10 centimetri, la vagina e la vescica soffrono di più in più lo stiramento. È principalmente la regione inferiore della vagina che si tende, quella le cui fibre muscolari longitudinali vanno ad inserirsi alle branche ischio-pubiche. La vescica si appiattisce d'alto in basso, si raccoglie, per così dire, sulla porzione più stirata della vagina e si tende anch'essa più nella regione del collo che in quella del corpo. Tanto la vagina che la vescica, a 10 centimetri di allontanamento interpubico, non accennano a lacerarsi. La tensione della vagina e della vescica invece è enorme, ed il pericolo di una lacerazione è imminente, durante il passaggio della testa al distretto inferiore.

Per scongiurare questo pericolo è indispensabile di sostenere le parti con la mano e di spingere la testa in basso verso il perineo.

Quanto alla resistenza dei corpi cavernosi della clitoride, essa è completa con un divaricamento interpubico di 10 centimetri; le branche divergenti si raddrizzano e diventano orizzontali; la tensione è più da un lato

che dall'altro; il ligamento sospensore della clitoride rimasto aderente ad uno dei pubi dopo la disgiunzione della sinfisi, tira il corpo cavernoso del lato opposto.

La cute da 6 centimetri fino a 10 centimetri di allontanamento interpubico si presenta discretamente tesa; lo esperimento però sul cadavere, per quanto si cerchi di preparare quest'ultimo per rendere cedevoli ed elastici i tessuti, non ridà che appena approssimativamente quello che si osserva sulla vivente durante il divaricamento dei pubi. In parecchie sinfisiotomie fatte nella clinica ostetrica di Napoli, e nelle quali si è tenuto dietro al divaricamento durante il passaggio del feto, non si è osservata mai tensione accentuata dei tegumenti esterni; nella penultima sinfisiotomia praticata dal professore Morisani, durante il passaggio delle spalle, il divaricamento dei pubi arrivò a 9 centimetri, senza che la ferita soprapubica venisse menomamente stirata nel suo angolo inferiore.

Sopra un cadavere di puerpera morta al dodicesimo giorno dal parto, quello stesso su cui ho studiato la resistenza delle branche del clitoride, ho messo allo scoverto i muscoli retti. Fatta la sinfisiotomia dopo aver praticata la bottoniera nell'aponevrosi fra i retti, e divaricate le ossa del pube fino a 6 centimetri, i muscoli retti erano discretamente tesi; la tensione dell'angolo superiore della bottoniera era massima, e con accenno di lacerazione, a 10 centimetri.

4. *Quale è l'aumento totale dell'area pelvica, e determinazione dell'area utile.* — Stabiliti questi dati di fatto con le mie ricerche cadaveriche, ho preso a studiare quale è l'aumento totale dell'area pelvica nei bacini rachitici piatti generalmente ristretti, nei diversi gradi di divaricamento interpubico fino a 10 centimetri. Ho una serie di figure al vero, ricavate da bacini ossei, dei quali alcuni appartengono alla collezione della clinica ostetrica di Napoli, altri al museo ostetrico del professore Scibelli. In detta categoria di bacini viziati ho scelto i più asimmetrici; io quindi mi son messo nella condizione più sfavorevole per la sinfisiotomia.

Le figure dimostrano meglio di qualunque parola l'aumento di tutta l'area pelvica nei bacini presi a studiare. (Par. I, num. 1, 2, 3, 4).

Ma volendo sintetizzare in una formola il detto aumento possiamo dire: che dopo la disgiunzione della sinfisi e nei diversi divaricamenti dei pubi fino a 10 centimetri, tutto il perimetro della superficie del distretto superiore aumenta in ragione del divaricamento: esso è dato dall'area del triangolo determinato, dopo il divaricamento, dagli estremi dei pubi allontanati e dal punto mediano anteriore del promontorio del sacro.

Durante il divaricamento dei pubi, il sacro viene spinto leggermente in avanti. Ho istituito delle ricerche, facendo delle forme di gesso di bacini sinfisiotomizzati; con allontanamento interpubico fino a 10 centimetri, la pressione in avanti è appena calcolabile.

L'aumento di area intrapelvica da noi considerato, è minore dell'aumento reale, di cui può avvantaggiarsi la testa durante il passaggio, profittando della elasticità dei tessuti molli che formano la parete anteriore della novella cintura pelvica che risulta dopo lo allontanamento dei pubi.

Pertanto l'aumento veramente utile al passaggio della testa, dopo la sinfisiotomia, non è dato dall'aumento totale dell'area interpelvica; è rappresentato invece dall'area che si può circoscrivere intorno alle distanze che

dal promontorio del sacro vanno alle branche orizzontali dei pubi, e a punti indeterminati al di fuori della cintura pelvica. I diametri trasversi del bacino, generalmehte considerati, non hanno veruna importanza, nonostante il loro aumento considerevolissimo.

5. ***Quale è il limite inferiore minimo di ristrettezza pelvica, nei bacini piatti e generalmente ristretti, in cui può praticarsi la sinfisiotomia?*** — Questo limite inferiore minimo, secondo le mie ricerche sperimentali, è di 60 mm. di C. V.

6. *Quale è la posizione e l'attitudine che bisogna dare alla testa dopo la sinfisiotomia?* — È questa una questione già considerata dagli ostetrici del primo periodo della sinfisiotomia. Secondo essi il successo della operazione dipendeva oltre che dall'aumento del diametro antero-posteriore (!), anche dal modo con cui s'impegnava la testa del feto; bisognava cioè aver la precauzione di dirigere una delle bozze parietali nello spazio che si trova fra i due pubi e di far passare l'altra in avanti di una delle sinfisi sacro-iliache; essi adunque contavano molto su questa *presentazione obliqua*, come la denominavano. — Ai nostri tempi il Morisani ha insistito grandemente sul fatto « che una delle bozze parietali deve impegnarsi nel vuoto esistente tra i pubi divisi ». Da ciò, aggiunge l'A., deriva un aumento indiretto delle linee pelviche antero-posteriori, per diminuzione relativa del diametro trasversale del capo del feto.

Recentemente il professore Fochier ha ripreso lo studio della stessa questione. Egli dalla comparazione dell'aumento diametrico in diversi tipi di bacini ristretti, e dallo studio della situazione dei diametri relativamente al promontorio, dalla forma nuova del distretto superiore dopo la sinfisiotomia è venuto nella conclusione che la testa, venga essa primiera o postica, deve essere piazzata in posizione trasversale ed in attitudine intermediaria o in flessione moderata.

La conclusione del professore Fochier concorda, in una forma generale, con la mia. Le ricerche sperimentali da me intraprese da tempo e che tendevano ad illustrare la idea del mio maestro Morisani, mi portarono alla conclusione che la testa dovesse essere situata, se mai non vi si trovasse, al distretto superiore, come d'ordinario è la regola, in posizione trasversale. Quanto all'attitudine di *moderata flessione* io credo che essa è spontanea; tuttavia, ove non si avesse, è necessario ridurne la testa.

Nè basta: le mie ricerche dimostrano ancora che nei gradi accentuati di ristrettezza pelvica (60 a 65 mm.), allo scopo di avere un divaricamento minore dei pubi, è necessario disporre la testa in senso obliquo, cioè con una bozza nel vuoto dei pubi e l'altra in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca opposta.

Conclusioni

1. Dopo la sinfisiotomia nei bacini rachitici piatti, asimmetrici e generalmente ristretti, il divaricamento dei pubi può portarsi fino a 10 centimetri senza lesioni gravi delle articolazioni sacro-iliache, nè lacerazione della vagina, della vescica e dei corpi cavernosi della clitoride.

2. Durante il passaggio della testa all'anello vulvare è necessario di sostenere validamente con la mano le parti molli superiormente, e di re-

spingere la testa verso il perineo per impedire che la tensione esagerata provochi lacerazione della vagina e della vescica.

3. L'aumento dell'area pelvica, dopo la sinfisiotomia, sta in ragione del divaricamento dei pubi. Esso è minore dell'aumento reale di cui si giova la testa durante il passaggio, profittando della elasticità dei tessuti molli anteriormente.

4. Il limite inferiore minimo, in cui può praticarsi la sinfisiotomia, nei bacini rachitici piatti e generalmente ristretti, è di 60 mm. di C. V.

5. La posizione che bisogna dare alla testa dopo la sinfisiotomia, in generale, è la trasversa, in attitudine moderatamente flessa; nei gradi più avanzati di ristrettezza pelvica (65 a 66 mm.) conviene meglio la posizione obliqua.

Dott. **G. B. Mancusi** (Napoli):

Due sinfisiotomie per viziature pelviche estreme in sostituzione del parto cesareo. Due felici successi. — Otto sinfisiotomie fatte con processo proprio. Otto successi.

Presenta due casi clinici. Due viziature pelviche con indicazione assoluta pel parto cesareo, operate di sinfisiotomia con processo proprio e seguite da successo per le madri e per i feti.

Ha così operato, perchè sono stati da lui osservati divaricamenti di pubi a 10, 11 e 12 cent. per le ordinarie indicazioni della sinfisiotomia senza nocumento di sorta per la madre o per il prodotto; perchè talvolta uno degl'ilei durante il divaricamento s'è verticalmente spostato sull'opposto; perchè gli esperimenti sul cadavere, in condizioni opportune hanno dimostrato una capacità di distensione notevole; perchè la possibile lacerazione dei ligamenti anteriori non deve preoccupare; perchè una sconnessione pericolosa delle ossa è impossibile con tutta la forza di un uomo; perchè la lesione delle parti molli anteriori non importa differenza con quella che si potrebbe produrre con angustie meno gravi.

Nella prima operazione s'è deplorata la lacerazione della parete anteriore della vagina estesa alla vescica.

Le due operate rappresentano due tipi diversi quanto a sede e direzione di viziature pelviche estreme: 32 mm. di bis-ischiatico nella prima e 57 mm. di coniugata diagonale nella seconda; mobilità articolare nella prima, l'opposto nella seconda, prima dell'operazione.

Detto delle ragioni che l'hanno indotto a fare le sinfisiotomie, tratta dei vantaggi di questa operazione sul parto cesareo come preparativi, assistenza, pericoli, conseguenze e fecondità.

La sinfisiotomia ripetuta sopra uno stesso soggetto è più facile ed anche più sicura.

Ricorda le conclusioni da lui fatte nel Congresso di ostetricia e ginecologia del 1888 in Napoli e si compiace che la maggior parte d'esse sieno ora accettate con favore e praticate da quelli stessi che allora le combatterono: la sinfisiotomia a termine invece del parto prematuro; la sinfisiotomia in aiuto dell'embriotomia laboriosa o impossibile; la sinfisiotomia in caso di presentazione di faccia con mento posteriore e impegnata; la sinfi-

siotomia in presentazione alta di pelvi impegnata a feto vivo, ma di necessaria quanto difficile estrazione.

Gli esperimenti sul cadavere, d'accordo con l'osservazione clinica, gli permettono le seguenti conclusioni, che dimostra con bacini e serie di bacini in gesso riprodotti dal vero e con divaricamenti svariati e notevoli:

1. Proporzionatamente al divaricamento dei pubi divisi avviene una moderata rotazione della base del sacro e della punta del coccige in avanti con allontanamento della distanza che unisce in linea retta il mezzo del promontorio del sacro al coccige o alla stessa punta del sacro. Spiega il meccanismo di tale rotazione.

2. Gli ilei ruotano ancora non solo sopra un diametro verticale o quasi, ma anche sopra un diametro trasverso o quasi.

3. Dopo notevole divaricamento dei pubi divisi, sul cadavere come sulla vivente permane, a pubi ravvicinati o cicatrizzati, un certo aumento che va da parecchi millimetri a qualche centimetro.

4. Con il divaricamento ad 11 o 12 mm. si può dire scomparsa la parete anteriore del bacino e con un divaricamento a metà di 11 o di 12 centimetri si può evitare l'operazione di Farabeuf per i bacini con sinostosi di una delle sinfisi sacro-iliache.

Discussione

Prof. **O. Morisani** (Napoli): A proposito della comunicazione Mancusi non vorrebbe che la operazione varchi i limiti prescrittile per non farla ricadere in discredito. Egli ricorda una delle osservazioni, per dimostrare come essa sia di una osteomalacia ancora nel periodo di rammollimento. Insomma egli vuole che non si varchino i limiti da lui stabiliti nella sua comunicazione perchè non cada nel discredito.

Il dottor Mancusi risponde che il bacino era rachitico e che egli non ha potuto darne la descrizione minuta.

Prof. **G. Chiarleoni** (Catania):

Forcipe-leva.

Il forcipe che vi presento, e fatto costruire l'ottobre dell'anno 1891, s'impernia sul principio della leva interpotente (3° genere), donde il nome che ho creduto di dargli di *forcipe-leva.*

È costruito come un forcipe ordinario, con la sola differenza che le cucchiaie s'ergono ad un angolo retto sulle branche, a sei centimetri al di là del punto di articolazione.

La semplice vista dello strumento fa escludere senza più che esso possa servire come mezzo di *trazione: Fortiter capiens et non trahens.*

Lo strumento si applica ai lati della pelvi o meglio lateralmente, là dove è maggiore lo spazio, e articolato con la sinistra mano s'impugnano i manici alla loro estremità e con la destra in pronazione stringendo le branche immediatamente al davanti dei genitali si esercitano pressioni direttamente in basso.

Col mio forcipe-leva mi sembrano eliminate le imperfezioni del forcipe a doppia curvatura e di quello traente nell'asse quando vengano applicati allo stretto superiore o nel terzo superiore dello scavo.

Lo strumento mio invero impiegato in cotesti punti della filiera pelvica ha incontestabile il potere di abbassare la testa del feto stretta fra le sue cucchiaie, secondo centro di figura, distribuendo le pressioni equabilmente su tutto il circuito pelvico.

Per questo artificio viene eliminato l'inconveniente proprio al forcipe a doppia curvatura di riversare un eccesso di pressione sull'arco pelvico anteriore, con il vantaggio poi di richiedere una minore somma di forza onde vincere l'ostacolo opposto alla estrazione della testa a c. d. e. attraverso un restringimento pelvico compreso entro i limiti delle viziature di primo grado.

Le pelvi piatte rachitiche, o no, se nei limiti di viziatura qui esposti, costituiscono quasi esclusivamente il campo d'azione del mio forcipe-leva, per quanto possa e debba fornire ottimi risultati in tutti indistintamente i casi nei quali il forcipe classico trova le sue indicazioni a testa fissa allo stretto superiore o nell'alto dello scavo.

Anche dopo la sinfisiotomia mi sembra che il suo impiego non sia passibile dei rimproveri che si muovono al forcipe ordinario. Una volta che la testa è abbassata sui piani perineali cessa il campo della sua azione.

Inoltre vuolsi non dimenticare avere il mio strumento l'incalcolabile vantaggio sui forcipi traenti sull'asse di sostituire a trazioni *brute*, *incoscienti* una forza *viva*, *cosciente*. Le mani dell'operatore infatti sono prontamente avvisate di ciò che si passa fra le sue cucchiaie. E se per avventura fosse stato male applicato non potrebbe lasciare la presa se non nel senso verticale, mai però in addietro od in avanti. La sfuggita nel senso verticale è la più facilmente riconoscibile in tempo onde evitare inconvenienti.

In un unico caso clinico ho potuto facilmente afferrare la testa mobile sullo stretto superiore ed abbassarla ai piani perineali. La donna era ben conformata e il feto nonimestrale appena. Molteplici sperimenti sopra bacini piatti dimostrarono chiaramente la verità delle suesposte proposizioni.

Discussione

Dott. **M. Pazzi** (Bologna): Fa osservare al chiarissimo signor professore Chiarleoni che questo forcipe non rappresenta una idea nuova poichè la forma di tale strumento è quella stessa che può darsi, volendo, ad un forcipe di propria invenzione, di cui doveva fare una comunicazione, e che fu presentato fino dal 1890 alla clinica ostetrica di Bologna e nel 1891 al Congresso generale della Associazione medica in Siena.

L'autore presenta il suo forcipe, tutto in metallo, smontabile, leggero, che ha la proprietà di fare le trazioni nell'asse in modo sicuro.

Riassume un lungo studio meccanico, sperimentale e riporta numerosi casi clinici con risultati i più eccellenti sull'uso del proprio forcipe.

Porta pure due preparati illustrativi riprodotti dal vero con scagliola e che riproducono fedelmente il modo di agire dell'istrumento ed i rapporti reciproci fra forcipe e testa e fra questi e il bacino.

In un volume ricco di molte tavole (30) riporta tutta la descrizione degli esperimenti fatti sul vivo e sul cadavere, facendola precedere da una memoria dell'illustre Calderini, della Università di Parma, il quale esprime un giudizio favorevole a tale istrumento.

L'autore giunge alle seguenti conclusioni:

1ª Il concetto di costruzione del nuovo forcipe, essendo stato quello di rendere mobili le cucchiaie sul resto delle branche, non per raggiungere una maggiore curva pelvica, ma per disporre le cucchiaie medesime in parallelismo con le pareti del bacino, è perfettamente originale;

2ª Il meccanismo di costruzione e di azione delle cerniere è dissimile da quegli snodi esistenti lungo le branche di alcuni forcipi;

3ª Il nuovo forcipe è semplice, poco pesante, relativamente poco costoso e di uso facile e pratico per tutti;

4ª Il nuovo forcipe potrà subire ancora qualche modificazione di dettaglio nella forma, ma non potrà giammai perdere quelle cerniere, nella posizione da me regolata, che gli permettono di fare le *trazioni nell'asse pelvico*, precisamente secondo lo scopo della invenzione, senza per questo torre all'istrumento la proprietà di potere essere usato, secondo le circostanze, come *forcipe comune* e cogli stessi vantaggi che questo pure presenta.

Chiarleoni: Risponde al dottor Pazzi che non tiene punto a che si creda che primo richiamò in discussione il principio della *leva interpotente* che rimonta ad *Osiander*; tiene però a dichiarare che nella costruzione del suo *forcipe-leva* non s'inspirò alle idee precedentemente fatte conoscere dal Pazzi e che lo strumento suo non ha con quello di questi nessuna plausibile somiglianza.

Seconda Seduta.

31 Marzo 1894, ore 9.

Presidente: Prof. Pinard (Parigi).

Prof. **A. Martin** (Berlin) Referent:

Stielbehandlung nach Myomotomie.

Als das Organisations-Comité unserer Section mir den ehrenvollen Auftrag gab, über die Stielbehandlung nach Myomotomie zu referiren, glaubte ich mich dieser Aufgabe nicht entziehen zu dürfen.

Wohl kaum in einem andern Lande hat diese Operation eine solche Ausbreitung gefunden, wie in Deutschland; mir selbst war es beschieden an der Entwickelung dieser Operation von Anfang an Theil zu nehmen.

Dennoch verhehle ich mir die grossen Schwierigkeiten eines solchen Referates vor einer Versammlung von Gynäkologen aus allen Welttheilen nicht. Der grosse Kreis der Mitarbeiter und die grosse Zahl der Modificationen in der Technik gerade bei der Myomoperation — die in bezeichnendem Contrast steht, gegenüber der Technik bei der Ovariotomie — machen mich bedenklich, ob es mir möglich sein wird, Jedem gerecht zu werden. Viele betrachten die Frage der Stielbehandlung nach Myomotomie als noch nicht gelöst, und lassen sich noch in jedem einzelnen Falle von Nebenumständen bei der Wahl der Methode leiten. Vielfach schwanken augenscheinlich auch vielerfahrene Operateure noch in ihren Ansichten, so dass es misslich erscheint, auch aus ihren neusten Publikationen Schlüsse zu ziehen. In Deutschland ist die Frage noch nicht zur abschliessenden Beantwortung gekommen, so dass ich wohl auf Nachsicht rechnen darf, wenn ich trotzdem versuche, den heutigen Stand der Frage der Stielbehandlung nach Myomotomie in Deutschland zu skizziren.

Die planmässige Entwickelung der Myomotomie ist in Deutschland durch das methodische Vorgehen von Péan[1]) in Paris eingeleitet worden. Vereinzelte Operationen waren vorher schon verschiedentlich, meist allerdings aus irrthümlicher Diagnose unternommen worden, jedenfalls hatten sie nicht zu einer systematischen Ausbildung eines solchen Verfahrens geführt.

Auf diesem Gebiet erkennen wir Deutschen in Hegar[2]) unsern Führer: er ist auch heute noch der Vertreter einer der beiden Richtungen, denen sich zur Zeit die deutschen Gynäkologen anschliessen, derjenigen der extraperitonealen Stielversorgung. Trotz seiner sehr günstigen Resultate, greift Hegar nur verhältnissmässig selten zur Myomotomie; er sieht in der Castration, die minder gefährliche, und in ihren Endresultaten gleich befriedigende Concurenzoperation.

Die zweite Methode der Stielbehandlung wird stets mit Schröder's Namen verknüpft sein. In Anlehnung an die Stielversorgung bei der Ovariotomie hat Schröder[3]) zunächst die intraperitoneale Stielversorgung bei der Myomotomie consequent zur Anwendung gebracht. Das reine Schröder'sche Verfahren wird auch heute noch von Olshausen[4]), Gusserow[5]), Hofmeier[6]) und Brennicke[7]) angewandt; besonders der Letztere hat durch geradezu glänzende Resultate ein schweres Gewicht zu Gunsten der intraperitonealen Stielversorgung in deren Wagschaale geworfen.

Naturgemäss haben beide Methoden vielerlei Modificationen erfahren.

Die des extraperitonealen Verfahrens betreffen im Wesentlichen die Behandlung des Stumpfes, die Anlegung einer Dauerligatur, Vernähung des Peritoneum parietale mit dem Peritonealüberzug des Stumpfes, oder die Versorgung der Stumpfoberfläche.

[1]) Péan et Urdy, *L'hystérectomie.* Paris, 1873.
[2]) Hegar und Kaltenbach, *Gynäkologische Operationen*, Dritte Auflage, pag. 467.
[3]) Schroeder, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 15 Oct. 1877. — Vorträge auf den Naturforscherversammlungen zu Baden und zu Salzburg, 1879 und 1881. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band VIII. — Brit. med. Associat. Liverpool, 1883.
[4]) Olshausen, *Klinische Beiträge*, etc., 1884. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XX, pag. 232.
[5]) Gusserow, *Neubildungen des Uterus*, Zweite Auflage, pag. 102.
[6]) Hofmeier, *Myomotomie.* Encke, Stuttgart, 1887. — *Grundriss der gynäkologischen Operationen.* Zweite Auflage, 1892.
[7]) Brennicke, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XXI, 1891.

Wölfer[1]) und von Hacker[2]), zuletzt Fritsch[3]), haben vorgeschlagen ihn derart in dem unteren Theil der Bauchwunde zu befestigen, dass er in einer Art von Peritonealtasche liegt und hier einer weiteren Controlle zugänglich bleibt.

Das Ergebniss von 200 Operationen[4]) mit extraperitonealer Stielversorgung ist die Heilung von 170, bei 30 Todesfällen, also eine Mortalität von 15 p.c.

Die Modificationen der intraperitonealen Stielversorgung beziehen sich auf die Behandlung des Cervicalcanalrestes, die Vereinigung der Wundflächen im Stumpf selbst, die Bedeckung desselben mit Peritoneum.

Die prophylaktische Drainage der Bauchhöhle nach Myomotomie findet zur Zeit in Deutschland nur noch vereinzelte Vertreter, und diese — Hegar[5]) und Sänger[6]) — wollen sie nur dann verwenden, wenn eine Secretion der durch den Tumor oder die Auslösung desselben lädirten Wandungen des Beckens mit Bestimmtheit zu gewärtigen ist.

Zwei Vorschläge verdienen eine eingehendere Erwähnung, weil sie principielle Abweichungen anstreben.

Zweifel[7]) verzichtet bei der Versorgung auf die Vernähung der Stumpfoberfläche selbst; er sichert den Stumpf durch eine fortlaufende Partienligatur und versenkt ihn, nachdem er vorhergebildete Peritoneallappen darüber gezogen. Durch die Ligamenta lata und den Uterus, möglichst tief unten, zieht Zweifel doppelte Seidenfäden, von vorn nach hinten. Durch jeden Stichcanal gehen zwei Fäden, von denen je einer nach rechts und links mit dem Nachbarfaden geknotet wird. Die auf diese Weise fest unterbundenen Ligamente werden abgelöst, über einer nunmehr angelegten Gummischnur die Geschwulst entfernt. Die Uterus- resp. Cervicalhöhle wird mit dem Platinbrenner verschorft, der Stumpf ligirt und über ihn die vorher gebildeten Peritoneallappen mit fortlaufender Catgutnaht zusammengezogen.

Bei 51 Fällen hatte Zweifel mit diesem Verfahren eine Mortalität von 4 p.c.

Hofmeier hat dagegen auf dem II. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie (Halle 1888) namentlich für grosse Uterus Stümpfe vorgeschlagen, nach Sicherung der grossen Gefässe, Absetzung des Uterus und Verschorfung der Cervix-Schleimhaut, die Uteruswunde durch eine einfache Naht von der Uterushöhle nach der Aussenfläche hin ringsherum zu vernähen, so dass der Canal des Uterus offen bleibt. Ueber dem so vernähten Stumpf soll dann das Peritoneum durch eine einfache Catgutnaht vernäht werden, so dass die ganze Wunde extraperitoneal liegt, und durch den Cervical-Canal mit der Scheide communicirt.

Sollte dieses Verfahren nach Hofmeier nur bei grösseren Uterus-Stümpfen zur Ausführung gelangen, so hat Chroback[8]) neuerdings ein diesem ähnliches Verfahren als retroperitoneale Stielversorgung empfohlen.

[1]) *Zur Technik der supravaginalen Amputatio uteri;* Wiener medicinische Wochenschrift 1885, n. 25.

[2]) Ibidem, 1885, n. 48.

[3]) Volkmann's Vorträge, n. 339.

[4]) Hofmeier, *Grundriss der gynäkologischen Operationen*, 1892, Ed. II, pag. 275.

[5]) Vergleiche Wiedow, *Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum*, Berliner Klinische Wochenschrift, 1884, n. 39.

[6]) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, n. 4.

[7]) *Stielbehandlung bei der Myomectomie.* Stuttgart, 1888.

[8]) Centralbatt für Gynäkologie, 1891, n. 35.

Chroback umschneidet nach der Ligamentversorgung, wie bei der Exstirpatio totalis, zwei ungleich grosse peritoneale Lappen am unteren Ende des Corpus. Diese werden bis knapp an den Ansatz der Scheide am Collum abgelöst. Mit oder ohne elastische Schnur um das Collum, versorgen beiderseitig tiefe Umstechungsligaturen die Arteriae uterinae scharf am Scheidengewölbe. Das Collum wird $^1/_2$ bis 1 Ctm. oberhalb des Scheidenansatzes abgetrennt, der Cervical-Canal mit dem Paquelin ausgebrannt, eventuell ein Jodoformdocht hindurch geführt, falls eine Drainage beabsichtigt wird. Dann wird über dem Ganzen das Beckenperitoneum vereinigt. An den Seiten werden die Ligatur-Stümpfe durch sero-seröse Nähte mit Peritoneum überdeckt und dann die abgelösten Bauchfell-Lappen auch über dem zurückgesunkenen Stumpfe vernäht. Da die Lappen ungleich gross sind, so wird der Stumpf durch intactes Peritoneum gedeckt und die Nahtlinie der Serosalappen fällt ausserhalb des Stumpfes.

Nach diesem Verfahren sind von Chroback und seinen Schülern, entsprechend einer Publikation von Schick, und dann von Rosthorn[1]) weitere 21 Fälle veröffentlicht worden, mit einem Todesfall. Diese Zahl hat sich seitdem, wie ich aus gütiger mündlicher Mittheilung weiss, erheblich vergrössert.

Diesem Verfahren nicht fern steht das von Doyen in Reims der den Uterus und die Myome subperitoneal auslöst und die Peritoneallappen mit den Stümpfen der Ligamenta lata vernäht.

Einen weiteren Fortschritt bedeutet das Verfahren von Baer in Philadelphia[2]), der alle bisher üblichen Methoden der Vernähung oder Versorgung im Stumpf des Collum oder im Cervical-Canal verwirft, da die Ligatur der den kleinen Rest des Collum versorgenden Gefässe genügt. Dieser noch so kleine Rest bildet nach Baer's Auffassung den Schlussstein im Beckenboden und soll als solcher erhalten bleiben. Eine Ueberkleidung mit Peritoneum erfolgt durch das Zurücksinken des Stumpfes im Becken: wo sie ausbleibt soll eine fortlaufende Naht dieselbe herbeiführen. Baer hat von 46 Fällen nur 2 verloren[3]).

Aus allen Vorschlägen für die Stielversorgung bei Myomoperationen klingt die Ueberzeugung hindurch, dass bei einer übrigens in geeigneter Weise aseptisch gestalteten Operation, immer der Stumpf des Collum als der Sitz der Gefahr anzusehen ist. Von da drohen die verhängnissvollen Blutungen, von da die septische Infection. Im Vergleich zur Wunde im Stumpf erscheinen die Wunden in den Ligamenten schon aus dem Grunde prognostisch weniger bedenklich, weil der Stumpf durch den Cervical-Canal mit der Scheide verbunden bleibt und den von hier aus sich entwickelnden Complikationen ausgesetzt ist. Ein wenig voluminöses Collum lässt sich in der einen oder anderen Weise unzweifelhaft unschwer versorgen, aber das ist ja gerade eine der Eigenthümlichkeiten vorgeschrittener myomatöser Degeneration des Corpus uteri, dass auch das Collum mässig wird und sich derart verändert, dass seine Wundfläche für eine Nahtvereinigung ungeeignet erscheint.

[1]) Pràger Med. Wochenschrift, 1892, n. 48 — Rosthorn, Wiener kl. Wochenschrift, n. 42 u. 43.
[2]) American gynecolog. Soc., Vol. XVII, 1892, e XVIII, 1893.
[3]) Arch. provinciales de Chirurgie, l. XII, 1892, deuxième édition revue et augmentée.

In dem starren Gewebe wird die Versorgung geschnittener Gefässe überaus schwierig. Dieses Gewebe selbst ist ungeeignet zu einer Heilung per primam intentionem; das habe ich bei den mehr als 400 Myomoperationen, die ich übersehe, nur zu oft erfahren müssen.

Trotz dessen habe ich seit 1876, nachdem ich die extraperitoneale Stielversorgung aufgegeben, immer wieder versucht die Heilung des intraperitoneal versorgten Stumpfes zu erzwingen.

Ich habe den Stumpf in einen tief bis in das Collum hinab reichenden Trichter excidirt, die Wunde dieses Trichters mit oder ohne vorhergegangene Cauterisation sorgfältig mit versenktem Catgutfaden, oder mit fortlaufendem Faden in vielfachen Etagen vernäht, die subseröse Wunde verschlossen und darüber das Peritoneum vereinigt, in einer bald quer, bald sagittal verlaufenden Wunde[1]).

Auf diese Weise habe ich es erreicht, dass ich, allerdings im Vergleich zu den Mittheilungen aus der Literatur, nur sehr selten Nachblutungen aus dem Stumpf gesehen habe. Dagegen musste ich nur zu häufig das Ausbleiben der prima intentio in der Stumpfwunde constatiren.

Erst spät ist uns der bakteriologische Befund der Cervical- und Uterus-Höhle näher bekannt geworden. Noch heute sind die Bakteriologen unter den Gynäkologen bezüglich der hier weilenden Mikroorganismen uneinig. Dagegen haben die sorgfältigen Untersuchungen meines Assistenten Witte an den von mir exstirpirten myomatösen Uteris ergeben, dass sie in einer verhältnissmässig sehr grossen Zahl, mindestens sehr zweifelhafter, Coccen enthalten, ja in 3 Fällen konnte Witte Streptococcen nachweisen.

Alle diese Uteri waren vor der Operation mit antiseptischen Lösungen ausgewaschen, eine Anzahl davon energisch curettirt worden. Die vielfachen Buchtenbildungen der Uterushöhle bei Myomen müssen für die Erfolglosigkeit dieser Präventivmassregeln verantwortlich gemacht werden. Noch ehe ich diese Ausgang 1892 constatirten Befunde zur Hand hatte, war auch ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass der Stumpf des Collum uteri als der Ausgangspunkt aller Gefahren bei der Myomoperation anzusehen ist. Dazu kam, dass auch die Störungen der späteren Reconvalescenz, in der Mehrzahl vom Stumpf abhängig sind.

Mehrfache Sekretionsanomalien, Entzündungsvorgänge, gelegentliche Blutungen, unangenehme Schmerzen, Abgang der Ligaturen durch den Cervical-Canal haben Mancher meiner Kranken noch Jahrelang Schwierigkeiten bereitet.

Unter diesen Umständen habe ich mich Oktober 1888 entschlossen, an die Stelle der supravaginalen Amputation und intraperitonealen Stielversorgung, die Total-Exstirpation des myomatösen Uterus zu setzen. Anfänglich hatte ich in Anlehnung an das Freund'sche Verfahren versucht, das Corpus von der Bauchhöhle, das Collum von der Scheide aus zu exstirpiren, das zum Theil schon vorher von der Scheide umschnitten war. Dann habe ich das Corpus zuerst abgesetzt, danach das bis dahin in Constriction gehaltene Collum von oben excidirt. Verletzung der Blase in 2 Fällen liess es nothwendig erscheinen, die Auslösung des Collum erst dann vorzunehmen

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1876, Stielversorgung nach Myomoperation, n. 2 u. 3, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. XX, und Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

wenn die Blase durch Wasser gefüllt war. Ich habe bald von der hinteren Peripherie, bald von der vorderen, auch von der Seite aus die Ausschneidung begonnen. Endlich habe ich mehrfach das Verfahren betreffs der Ablösung der Ligamenta lata geändert.

Es ist Ihnen nicht unbekannt geblieben, dass die Total-Exstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus wegen Myom schon vor mir verschiedentlich ausgeführt worden ist. Ich nenne hier Bardenheuer[1]), der bei Gelegenheit der Empfehlung einer ausgiebigen Drainage (auf der Salzburger Naturforscherversammlung 1881) von Total-Exstirpationen bei Myom berichtet hat. Trendelenburg (Bonn) und Mary Dixon-Johns (New-York) haben wohl zu gleicher Zeit wie ich, etwas später Eastman (Indianopolis)[2]) derartige Operationen unternommen. Ich selbst bin in der eben geschilderten Weise zu dem Verfahren gelangt, welches ich Ihnen auf dem X. internationalen medicinischen Congress, Berlin, in der Festschrift der Berliner Geburtshülf. Gesellschaft (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band XX), unterbreitet habe.

Gestatten Sie mir Ihnen zu berichten, wie dieses Verfahren sich weiter in meiner Hand entwickelt hat. Die damals gewiss noch recht ungünstigen Resultate konnten mich nicht abhalten, das allseitig als ideal anerkannte Ziel trotz aller Schwierigkeiten weiter zu verfolgen. Der nächste Schritt galt der Beseitigung der Drainage und dem Abschluss des Peritoneum, wobei die Gesammtheit der Catgut-Ligaturen in den Ligamenten und im Scheidengewölbe, in die Scheide geleitet, und nach oben mit Peritoneum überdeckt wurde. Die Mortalität ist seitdem bei 54 so operirten Fällen auf 9 p.c. gesunken (Vergleiche Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, A. Martin, Wien 1893, III. Auflage, Seite 265).

Der weitere Schritt, über den ich Ihnen heute zuerst berichten kann, war das Ergebniss der oben erwähnten Untersuchungen von Witte. Er galt der Gefährdung durch die Coccen des Uterus-Innern. Zu diesem Zweck habe ich den vor der Operation ausgewaschenen und curettirten Uterus-Hals unmittelbar vor der Operation durch eine Naht fest geschlossen.

Die Scheide wird 24 Stunden vor der Operation mit einer Sublimatlösung ausgewaschen und mit Sublimatgaze ausgestopft.

Die Operation selbst gestaltet sich dann zur Zeit so, dass nach Eröffnung des Bauches die Geschwulst mit dem Uterus und den Adnexen aus der Bauchhöhle empor geleitet wird, die Ligamenta lata und rotunda werden durch 3 oder mehr Ligaturen bis an das Collum hinab versorgt. Die Abtrennung der Ligamenta mit den Adnexen macht den Tumor mit dem Uterus frei beweglich. Ueber dem hinteren Scheidengewölbe wird quer durch das Peritoneum das Collum eingeschnitten, der Schnitt führt bis dicht über oder in das Gewölbe, dass entweder mit dem Messer von oben, oder mit einer dicken Kornzange von der Scheide aus eröffnet wird. Der Zeigefinger dringt von oben in die Scheide; unter seiner Leitung wird die Ligatur des Scheidengewölbes und des Restes der Insertion der Ligamenta lata erst links, dann rechts vollendet. Mit fortschreitender Versorgung erfolgt die Excision des Collum aus dem Beckenboden, bis auf die

[1]) Centralblatt für Gynäkologie, 1881, Seite 515.
[2]) The medical News. Aug. 1, 1891.

vordere Peripherie, während die Portio vaginalis mit einer Kugelzange aus dem weit klaffenden Scheidengewölbe emporgehoben wird. Das vordere Scheidengewölbe wird sichtbar; eine fortlaufende Naht versorgt die Scheidenwand und dann die Wunde hinter der Blase bis zum Schnittrand in der Excavatio vesico-uterina nachdem die Blase stumpf vom Collum abgeschoben worden ist. Sobald die Blutung aus den Schnittflächen vollständig steht, werden sämmtliche Catgutfäden in die Scheide geleitet. Die Oeffnung fällt in dem Augenblick, wo der Beckenboden in die Tiefe zurücksinkt, stark zusammen.

In der Regel gelingt es dann leicht mit einem fortlaufenden Faden das angrenzende Peritoneum darüber so zu vereinigen, dass von den Unterbindungsfäden keine Spur mehr zu sehen ist: nur der Knoten der fortlaufenden Naht sieht in die Bauchhöhle.

Die Harnblase wird nicht mehr prophylaktisch gefüllt; sie hat in den letzten 26 Fällen uns keine Schwierigkeiten bereitet.

Die Reconvalescenz verläuft in so gleichmässiger Weise, dass man ein normales Wochenbett zu beobachten glaubt, genau so wie Schröder es hervorhob bei den Reconvalescenzen nach vaginaler Uterusexstirpation. Die prophylaktische Behandlung der Scheide und des Cervix scheint ebenso die Voraussetzung des günstigen Verlaufes zu sein, wie der Verschluss des Peritoneum, wie ich aus der Erfahrung schliesse, welche ich nach Excision des Uterus von der Bauchhöhle her aus anderen Indicationen gemacht habe, allerdings unter stets aussergewöhnlichen Complikationen, wie ausgedehnten Verletzungen des Beckenperitoneum, Pyosalpinx, Darmverwachsungen und dgl. mehr. Auf diese Weise habe ich bis jetzt 26 Fälle operirt mit glücklichem Ausgang für 25.

Es ist natürlich unzulässig, aus einer so kleinen Zahl schon Schlüsse zu ziehen; immerhin verdient es wohl Beachtung, dass in einer ersten Gruppe von 43 ohne Verschluss des Peritoneum Operirten nur 30 genasen, 13 starben; also 30,23 p. c. Mortalität;

in einer zweiten Gruppe von 54 mit Verschluss des Peritoneum Operirten 49 genasen, 5 starben; also 9,5 p.c. Mortalität;

in einer dritten Gruppe von 26 mit prophylaktischem Verschluss auch des Collum und Sublimatgazetamponade der Scheide Operirten, 1 starb, also 3,8 p.c. Mortalität.

Von den deutschen Klinikern hat sich Fritsch, Breslau[1]) zuerst, auf dem X. internationalen medizinischen Congresse in Berlin, lebhaft zu Gunsten der radicalen Operation geäussert: « Ich halte fur die Methode der Zukunft nicht die intra-, nicht die extraperitoneale Methode, sondern die Total-exstirpation. » Er ist dem Verfahren nicht gleichmässig treu geblieben, und operirt, wie aus seinem Bericht über die gynäkologischen Operationen 1891-92 zu ersehen, auch heute noch, je nach der Eigenart der Fälle bald nach der Intra-, bald nach der Extraperitoneal-Methode.

Entschieden ist Chroback, Wien[2]), für die Radicaloperation eingetreten, auf Grund von 17 hintereinander günstig verlaufenden Fällen. Wenn auch Chroback sich in der letzten Zeit wieder einem Verfahren von intraperitonealer Versorgung zugewandt hat, so motivirt er das mit kürzerer Dauer der Operation bei Erhaltung des natürlichen Abschlusses des Scheidengewölbes.

[1]) Verhandlungen des internationalen medicinischen Congresses, pag. 264 — Berlin 1891.
[2]) Chroback, Centralblatt f. Gynäkologie, 1891, n. 9 u. 35.

In Berlin hat mein Schüler Mackenrodt[1]) bis jetzt 11 Mal nach diesem Verfahren operirt, mit Genesung aller Operirten, ausserdem Rotter.

In Italien sind mir diesbezügliche und ganz überwiegend günstige Erfahrungen bekannt geworden von Giovanni Inverardi[2]), Ernesto Tricomi[3]), Giuseppe Tusini[4]), Antonio Ceci[5]), Luigi Acconci[6]) und Calderini[7]); aus Frankreich von P. Goullioud[8]); aus den Vereinigten Staaten, ausser Jos. Eastman, von James F. W. Ross[9]), Florian Krug[10]), Polk, Edebohls, H. J. Boldt[11]), C. Nable[12]); in Skandinavien Lenander[13]).

Mehrfache private Mittheilungen haben mir gezeigt, dass auch noch von anderer Seite und zwar überwiegend mit bestem Erfolg, dieses radicale Verfahren angewandt worden ist. Da aber eingehende Berichte noch nicht in genügender Zahl vorliegen, um eine statistisch verwerthbare Nebeneinanderstellung und Prüfung zu ermöglichen, verzichte ich auch heute noch auf die Herstellung einer statistischen Tabelle.

Ich glaube bewiesen zu haben, dass die Schilderungen der Schwierigkeiten und Gefahren dieser radicalen Operation, wie sie verschiedene kritische Besprechungen aus den Jahren 1891 und 1892 wiederspiegeln, durch weitere Ausbildung der Methode widerlegt worden sind, dass die radicale Operation bei Uterusmyomen, welche eine Erhaltung des Uterus nicht mehr gestattet, heute als eine vollberechtigte Operation anerkannt werden muss.

Indem ich für dieses Verfahren eintrete, verschliesse ich aber keineswegs meine Augen gegen die Schwierigkeiten, welche im einzelnen Fall der Auslösung des Collum aus dem Diaphragma pelvis sich entgegen stellen. Eigene Erfahrungen lassen es mir wohl berechtigt erscheinen, wenn nicht Alle für jede Myomotomie dieses Verfahren wählen. Dazu drängen nicht nur die vielfachen Schwankungen der anatomischen Verhältnisse, sondern auch die vielgestaltigen Complikationen unter denen zur Myomotomie geschritten wird.

Bezüglich des ersteren Punktes will ich nicht unterlassen hervorzuheben, dass ich die wenig umfangreichen myomatösen Geschwülste, falls sie nicht per vaginam enukleirt werden können, mit dem ganzen Uterus vaginal exstirpire, subserös gestielte unter Versorgung dieses Stieles abtrage, und isolirte intramurale enukleire unter Reconstruction des Geschwulstbettes von der eröffneten Bauchhöhle aus. Nur dann, wenn die übergrosse Geschwulstmasse das functionsfähige Gewebe vernichtet hat, schreite ich zur Myomotomie stricte sic dicto.

Unter den Complicationen der Myomoperation erscheinen mir nicht nur die Veränderungen in den Geschwülsten selbst, deren Vereiterung und Umbildung verhängnissvoll; in noch viel höherem Grade trüben die Prognose

[1]) Mackenrodt, Beitrag zur Myomoperation nach A. Martin — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 21, pag. 224.
[2]) Estratto dallo *Sperimentale* 30 nov. 1891.
[3]) Comunicazione fatta alla ottava adunanza della Società Italiana di chirurgia in Roma, 1891.
[4]) Estratto dagli Annali di Ostetr. e Ginecol. VII, 1891.
[5]) Estratto dal Morgagni, Anno XXXIII, ottobre 1891.
[6]) Rendiconti clinici della R. Università di Padova, 1892.
[7]) Il triennio 1889-92 con accenni al ventennio 1872-92.
[8]) Extrait du Lyon médical, n. 24, 1891.
[9]) Amer. Journal of Ost. and diseases of women and childern, Vol. XXIV, n. 8, 1891.
[10]) The New-York Journal of Gyn. and Ost., January 1892.
[11]) The American Journal of Ostetrics, Vol. XXVII, n. 6, 1893.
[12]) Internat. Med. Magaz. f. Dec. 1893.
[13]) Königl. Ges. d. Wissenschaften zu Upsala 3. Oktober 1893.

die Erkrankungen im Peritoneum und in den Nachbarorganen, in den Tuben und Ovarien. Nicht zum mindesten dürfen wir dann nicht vergessen, dass diese Unglücklichen nur zu oft im Verlauf ihrer Leidensgeschichte eine derartige Verschlechterung ihrer Blutmischung, wie sie in der Herabsetzung des Hämoglobingehaltes sich ausspricht, und solche Störungen ihrer Herzmuskulatur erleiden, dass sie dahinsiechen, und naturgemäss auch unfähig werden irgend welchen operativen Eingriff zu überwinden.

Diese verschiedenen Faktoren müssen die Wahl der Operationsmethode beeinflussen. Die Methode selbst ist sicherlich oft nur von relativem Werth für die Prognose. Die obigen Erörterungen zeigen, dass jede derselben unter den wechselnden Umständen und in der Hand der verschiedenen Operateure glückliche Resultate liefern kann: es führen, wie wir Deutsche sagen, eben — Viele Wege nach Rom!

Prof. **L. Mangiagalli** (Milano) relatore:

Il trattamento del peduncolo nella istero-miomectomia.

Una discussione su questo argomento alcuni anni or sono sarebbe stata più facile. Bastava dichiararsi per il trattamento esterno o per lo affondamento del peduncolo e discutere i risultati dell'uno e dell'altro metodo. Ora la questione si è fatta più complicata e non solo l'accordo sul modo migliore di trattare il peduncolo dopo la isteromiomectomia è lungi dal formarsi, come lo dimostra l'immensa letteratura in proposito anche di questi ultimi anni, ma la divisione nel campo dei ginecologi è divenuta si può dire maggiore e la divergenza delle idee aumentata, sia per le numerose modificazioni di ciascun metodo, sia per la introduzione di nuovi metodi operatorii più radicali, che mirerebbero a diminuire la mortalità di entrambi i metodi fondamentali classici, che prendono il loro nome dal modo con cui si tratta il peduncolo, secondochè cioè lo si affonda e lo si assicura all'esterno. L'espressione stessa più comunemente usitata e colla quale venne pure indicato il tema sottoposto alla discussione in questo Congresso Internazionale non è più abbastanza comprensiva e dovrebbe essere sostituita da un'altra molto più lata che comprendesse tutti i metodi operatorii che si propongono l'ablazione parziale o totale dell'utero insieme ai miomi che in esso hanno sede. Tale è lo spirito se non la lettera del tema messo in discussione. Ne viene tosto una esclusione di tutti quei casi, nei quali l'operatore, per via addominale o per via vaginale, può asportare il mioma, rispettando l'integrità anatomica e funzionale dell'utero (fibromi sotto-sierosi peduncolati, polipi, fibromi sottomucosi snucleabili integralmente o previo spezzamento (*morcellement*) per via vaginale). L'esclusione di tali casi sarà universalmente accettata, poichè per essi lo spirito di conservazione è necessariamente comune a tutti i ginecologi, e non vi può essere discussione di sorta. Qualche obbiezione invece può sorgere per quei fibromi interstiziali o sottomucosi più o meno voluminosi che possono essere asportati per via addominale, previa estesa incisione del corpo uterino, vero taglio cesareo conservatore per fibromi, asportazione a cui segue la sutura della breccia uterina. In tali casi, l'integrità dell'utero è lesa così estesamente ed in una parte alla quale è così essenzialmente

legata la funzionalità dell'utero, da rendere dubbio se qui si debbano prendere in considerazione. A vero dire però il metodo operatorio ultimamente accennato (enucleazione addominale-Martin), rispetto alla frequenza delle operazioni per fibromi, non può essere che eccezionale, perchè o la molteplicità dei fibromi, o la grandezza della sacca risultante dalla enucleazione del tumore o la ineguaglianza straordinaria delle pareti che la circoscrivono o la emorragia non frenabile o la necessità di moltiplicare eccessivamente le suture, rendono preferibile l'attuazione di altri metodi che implichino il sacrificio parziale o totale dell'utero. Sarebbe però ingiusto il volerlo proscrivere, potendo condizioni speciali anatomiche, cliniche ed anche sociali, indurre il ginecologo ad attenersi a tale metodo operatorio, che avrebbe le sue speciali indicazioni nella unicità del tumore in alcuni casi non difficilmente determinabile, nella sua sede, interstiziale e sottomucosa del corpo, qualche volta infraligamentaria, nell'assenza di lesioni degli annessi, nell'età della paziente, nella mancanza di prole, o nella nubilità dell'ammalata, nella possibilità di una incisione regolare e di successiva emostasi perfetta mediante sutura. Prescindendo dunque dalla enucleazione addominale, sulla quale ho qui espresso brevemente il mio avviso, onde sgombrare il terreno della discussione, i metodi operativi, che devono essere considerati in rapporto coll'argomento che ci occupa, o si propongono di assicurare il peduncolo all'esterno, o lo affondano o lo eliminano, dando così origine a tre grandi classi di metodi operatorii.

Tutta questa grande varietà di metodi e la varietà ancora più grande dei processi che ciascun metodo comprende, trae la sua origine dalla preoccupazione costante del peduncolo. Tutta la storia della stessa isteromiomectomia rileva lo sforzo continuo della ricerca di espedienti che tolgano al peduncolo il suo ufficio malefico nella prognosi di tale operazione.

Il titolo del tema presentato al Congresso, il titolo ed il contenuto di numerosissime pubblicazioni, le discussioni delle Accademie e delle Società, tutto dinota la convinzione che dal modo di trattamento del peduncolo, dipenda la maggiore o minore mortalità. Ora quanto più aumenta la mia esperienza in tale operazione, tanto più mi raffermo nella convinzione che tale importanza sia stata esagerata a scapito di altri fattori pronostici la cui importanza è stata messa in seconda linea. Assicurare l'emostasi, assicurare l'antisepsi sono, nella isteromiomectomia, come in ogni altra operazione specialmente laparotomica, i due fattori principali per ottenere un risultato favorevole, ed i partigiani di questo o di quel metodo rivendicano esclusivamente per il metodo da loro sostenuto, il privilegio di provvedere meglio a questi due grandi desiderati, mentre in realtà vedremo come le statistiche e la critica di queste dimostrino come ciò si possa ottenere con tutti i metodi. Vero è che le statistiche hanno un valore relativo in una operazione così varia per le difficoltà tecniche che in esse si incontrano, cosicchè da una operazione della più grande semplicità si può passare ai casi che costituiscono grandi ardimenti chirurgici, non tanto per il volume del tumore, quanto per le complicanze di rapporti che il tumore od i tumori possono incontrare cogli organi addominali e pelvici, intestino, vescica, ureteri, vasi iliaci, come, per esempio, nei fibromi infraligamentari. Tutti concordano, è vero, nell'escludere da ogni considerazione i casi isolati, ma non basta per altro a dare indiscusso valore alle statistiche in serie la riflessione che

in una numerosa statistica, i casi si compensino, quelli facili con quelli difficili. Anche alle statistiche in serie non sempre presiedono eguali criterii, poichè le indicazioni della isteromiomectomia possono essere così diverse da ginecologo a ginecologo da portare a serie operatorie che non sono punto paragonabili nei loro risultati. Nell'ultimo Congresso di chirurgia francese (7ª sessione, 1893) tale diversa tendenza si è nettamente rilevata, poichè mentre per alcuni chirurgi la presenza di un fibroma costituisce pressochè sempre una indicazione operatoria, per altri, e specialmente per Verneuil, tale indicazione non esiste che nei casi in cui il fibroma colla sua sintomatologia rappresenta un vero ed urgente pericolo che importa rimuovere. Due serie di isteromiomectomie compiute con tali opposti criterii a quali diversi risultati statistici devono condurre anche indipendentemente dal modo con cui si tratta il peduncolo!

Un'altra ragione per cui non tutte le statistiche possono dare criterii sicuri per determinare la mortalità della isteromiomectomia a seconda dei diversi metodi operatorii, si è che molte di esse sono ecclettiche e racchiudono promiscuamente casi trattati coi più diversi processi, cosicchè il metodo più caldeggiato può essere quello preferito nei casi semplici e facili.

Un'ultima osservazione a farsi infine si è che anche nelle statistiche individuali che riflettono un dato metodo, a ben chiarire l'influenza di questo, la mortalità non dovrebbe essere considerata in blocco per tutti i fibromi, ma questi, qualunque fosse il metodo seguito, dovrebbero essere accuratamente divisi in sottoclassi, a seconda degli elementi che più possano avere influenza sull'esito operatorio, indipendentemente dal metodo seguito, nello stesso modo che si distinguono i tumori cistici dell'ovaio da quelli solidi, quelli a sviluppo addominale da quelli a sviluppo infraligamentario, quelli liberi da quelli aderenti, e come nelle affezioni degli annessi si distinguono, le forme catarrali od adesive da quelle purulenti, e di queste, quelle virulenti da quelle che non lo sono. I ginecologi invece con poche eccezioni, nell'esame delle loro statistiche, considerando pressochè esclusivamente l'influenza del governo del peduncolo, hanno trascurato tutti gli altri elementi, cosicchè ti è facile trovare un gran numero di statistiche coordinate secondo l'accennato criterio e non ti è possibile trovarne una in cui si dia la dovuta parte anche agli altri elementi. Pur studiando l'influenza del governo del peduncolo nella istero-miomectomia, è a tale esame critico che intendo sottoporre la mia esperienza. Gli elementi che devono essere esaminati insieme al metodo operatorio, sono la topografia del tumore, le complicanze generali, le complicanze locali per cui i fibromi potrebbero raggrupparsi nelle seguenti categorie, alle quali suppongo comune l'indicazione operatoria della istero-miomectomia:

a) A norma del criterio topografico:

1. Fibromi sottosierosi, interstiziali, sottomucosi.
2. Fibromi a sviluppo infraligamentario.

b) A norma del criterio clinico:

1. Fibromi con complicanze di ordine generale, specialmente affezioni del cuore, affezioni delle vie urinarie.
2. Fibromi complicati da suppurazione degli annessi o sfacelo ed icorizzazione dei tumori.
3. Fibromi del corpo complicati a carcinoma del collo.

L'ultima classe sarà però esclusa dalla mia statistica e dalle mie considerazioni, perchè l'indicazione predominante è data dal carcinoma, e, logicamente, non può trovar posto in un lavoro, il quale si occupa della miomectomia, e perchè in tali casi è indispensabile fare l'asportazione completa dell'organo quando si voglia rimuovere entrambi i neoplasmi, e non vi ha perciò possibilità di scelta fra i metodi che si contendono la palma.

I metodi operatorii che devono essere presi in esame riguardo alla questione che ci occupa possono essere divisi in tre classi:

a) Trattamento esterno del peduncolo, colla varietà intraparietale;

b) Affondamento del peduncolo con tutti i suoi processi, Schroeder, Olshausen, Zweifel, metodo retroperitoneale;

c) Asportazione totale: 1° per via addominale; 2° per via addomino-vaginale; 3° per via vaginale.

La mia esperienza sulla isteromiomectomia data da un quinquennio, ed in questo ho eseguito quasi tutti i metodi escogitati, con qualche eventuale modificazione richiesta dal caso e sempre con l'intento di studiare l'influenza del metodo adoperato, non isolatamente, ma in armonia con gli altri fattori più sopra accennati. Mi astengo dal ripetere la descrizione di tutti i metodi operatorii e di tutti i processi in cui si dividono e così pure dal tesserne la storia, perchè si tratta di cose note a voi tutti. Mi limiterò ad esporre il *modus operandi* da me tenuto e a fare alcune considerazioni d'ordine generale sotto forma di proposizioni sui diversi metodi operatorii, prima di procedere allo esame delle diverse statistiche ed all'analisi critica dei risultati da me ottenuti.

1. Quando non si pratichi l'ablazione totale dell'utero e si debba perciò procedere alla formazione di un peduncolo, il principio per me fondamentale è questo: il peduncolo, sia esso trattato extraperitonealmente, o intraperitonealmente, o retroperitonealmente, deve essere formato a spese del tessuto cervicale. Ciò è possibile nella immensa maggioranza dei casi, e così facendo il peduncolo non ha mai un volume straordinario. Quando io leggo di casi in cui il peduncolo ha l'ampiezza del palmo di una mano, di un tondo! mi viene il dubbio che in tali casi o si lascino tumori o frammenti di tumori, o si faccia il peduncolo a spese del corpo uterino.

2. Nel trattamento esterno il miglior mezzo di costrizione è rappresentato dal laccio elastico, e non deve mai essere omessa la sutura sinperitoneale tra peritoneo parietale e peritoneo viscerale uterino. Se il fibroma o i fibromi appartengono alla parte alta del corpo, è inutile l'allacciatura separata frazionata degli annessi. La previa allacciatura e separazione di questi è invece opportuna quando il fibroma sia voluminoso e risieda nella parte media o bassa del corpo uterino. Qualche volta la enucleazione del tumore principale rende più facile la formazione del peduncolo. I processi intraparietali devono considerarsi come eccezionali.

3. Nel trattamento endoperitoneale e retroperitoneale del moncone, l'esperienza generale porta a preferire la seta come materiale di legatura di questo, ed io pure ne ebbi ottimi risultati: sottili fili multipli (Kocher) possono esercitare una costrizione più energica di un grosso filo di seta. Non credo però definitivamente risolta la quistione. Alcune prove da me fatte, stringendo il moncone mediante sottili cateteri elastici di Nelaton, previa formazione di due lembi peritoneali coi quali si renderebbero retroperitoneali e peduncolo e laccio elastico, mi spingerebbero ad esperire tale sistema su

vasta scala, come venne d'altronde già proposto da Schwarz per il processo extraperitoneale, e, teoricamente, da Olshausen per quello endoperitoneale. Nei casi in cui ho adoperato il laccio elastico senza l'accennato accorgimento, ho sempre fatto, tranne in un caso, anche la sutura del moncone. Adoperando la seta, tre legature a catena sono, in genere, sufficienti per il moncone. Non deve mai tralasciarsi la cauterizzazione, preferibilmente col galvano cauterio, del canale cervicale e della superficie di sezione del moncone. È mia convinzione sia utile tenere i due lembi peritoneali di lunghezza ineguale, più lungo quello posteriore, cosicchè non solo sia eccentrica la linea di sutura, ma la superficie stessa del moncone venga rivolta all'avanti (*Morisani, Richelot*).

4. Nella isterectomia vaginale per fibromi mi sono servito sia delle legature con seta, sia della forcipressura; ho asportato l'utero senza ledere la sua integrità, ovvero facendo lo spezzettamento sia col processo di Péan, che con quello di Doyen. Riconosco come la forcipressura renda più rapida l'operazione nei casi comuni, la renda possibile nei casi difficili e con l'associazione dello spezzettamento estenda di molto i limiti della indicazione della isterectomia vaginale nei casi di fibromi, ma nei casi della prima categoria, cioè nei casi semplici, costituisce un ritorno al trattamento esterno quasi bandito per la via addominale, e la maggior rapidità della operazione non compensa gli svantaggi, e specialmente i maggiori dolori che in alcuni casi sono veramente intollerabili e le turbe riflesse qualche volta imponenti.

5. Nell'isterectomia addominale per fibromi, preferisco compierla intieramente per via addominale, servendomi della posizione di Trendelenburg, che la facilita straordinariamente. Nella complicanza però del carcinoma del collo con fibromi del corpo, ritengo preferibile il combinare le due vie, vaginale e addominale, asportando prima il collo per la via vaginale, possibilmente con l'ansa galvanica, indi il corpo per la via addominale dopo avere ampiamente cauterizzato il canale cervicale.

6. Nei tumori a sviluppo infraligamentario, la preoccupazione maggiore dell'operatore è data dallo snucleamento del tumore o dei tumori, ovviando ai pericoli di lesioni dell'intestino, di grossi vasi, dell'uretere, della vescica e del trattamento successivo della vasta sacca residua. A quest'ultimo scopo la mente del chirurgo deve essere feconda di espedienti. Il tamponamento con garza iodoformica della sacca, la sua fognatura verso l'addome o verso la vagina, la sutura dei lembi peritoneali che la circoscrivono, ovvero la sutura di questi col peritoneo parietale, la sua sutura, previo affondamento del moncone nella cavità retroperitoneale o previa asportazione totale dell'utero, sono mezzi di cui a volta a volta ho dovuto servirmi.

Questi sono, per sommi capi, i principii che mi hanno guidato nella isteromiomectomia. Prima di analizzare e discutere i risultati da me ottenuti, sia rispetto al metodo operatorio seguito, sia rispetto ad altre circostanze che potevano influenzare l'esito indipendentemente da questo, è doveroso per me il fare una rapida corsa attraverso la letteratura ginecologica straordinariamente ricca di pubblicazioni, nelle quali, come dissi ripetutamente, regna sovrana la preoccupazione del trattamento del peduncolo, per vedere se le statistiche sieno atte a risolvere la tanto dibattuta quistione.

Il periodo scientifico della isteromiomectomia incomincia col 1863, si apre col trattamento esterno del peduncolo e ad esso sono indissolubilmente

legati i nomi di Koeberlé e Péan, e più tardi quelli di Hegar e Kaltenbach. L'êra scientifica del trattamento endoperitoneale sorge più tardi, e quantunque già prima del 1863, nel periodo eroico della miomectomia, in alcuni casi si affondasse il peduncolo con processi che si modellavano su quelli dell'ovariotomia, e Kleberg, applicando la legatura elastica, segnasse nel 1876 un passo importante nello sviluppo storico della miomectomia con affondamento del peduncolo, è col nome di Schroeder che si stabilisce su solide basi scientifiche e tecniche il metodo endoperitoneale, colla sua comunicazione fatta in Cassel nel 1878 al Congresso dei naturalisti e medici tedeschi. Solo da tale epoca può considerarsi veramente aperta la gara fra coloro che caldeggiano l'affondamento del peduncolo e coloro che preferiscono il trattamento esterno. Circa dieci anni più tardi il lavoro di Wehmer[1]) e la classica monografia di Zweifel[2]) costituiscono i capisaldi per un vasto studio statistico sui risultati dei due metodi, e col lavoro di Zweifel si delinea un altro processo (legatura parziale continua con seta), per cui non solo a quell'epoca è viva la lotta tra il metodo esterno ed il metodo peritoneale, ma si delineano nel campo di questo tre correnti di opinioni che fanno appunto capo al processo di Kleberg, a quello di Schroeder, a quello escogitato da Zweifel, senza contare modificazioni affatto secondarie, ognuna delle quali pretende di migliorare la prognosi della isteromiomectomia. Più tardi lo Zweifel modificava il suo processo, appartando la superficie del moncone e le legature di questo dal cavo peritoneale con la previa formazione di due lembi peritoneali, mentre Bassini, Chroback, Johannovsky, Boer, ecc., con la loro pratica e coi loro lavori, caldeggiavano un'altra modalità operatoria che da Chroback[3]) veniva indicata con la espressione: *Trattamento retroperitoneale del peduncolo*, caratterizzata essenzialmente, oltrechè dalla legatura separata dei legamenti infundibulo-pelvici come negli altri processi, dall'allacciatura dell'arteria uterina e dalla formazione di due lembi peritoneali ineguali, coi quali si ricuopre il moncone. Senonchè mentre il metodo endoperitoneale, con tutti i suoi processi, tenta di battere in breccia il metodo extraperitoneale, per opera di Martin[4]) rievocante la proposta di Bardenheuer, sorge il grido che, non il metodo extraperitoneale, non quello endoperitoneale, ma l'asportazione dell'utero, eliminando la contesa sul modo migliore di trattamento del peduncolo, costituisca il metodo dell'avvenire.

Nella statistica di Wehmer[5]), il metodo endoperitoneale figùra con sette operatori, 312 casi, 88 morti, vale a dire colla mortalità del 23.7

[1]) Paul Wehmer, " Beitrag zur Myomotomie und Castration bei Fibromen. „ Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk., 1888, XIV Bd.

[2]) Paul Zweifel, " Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. „ Stuttgart, 1888.

[3]) R. Chroback, " Zur Exstirpatio Uteri myomatosi abdominalis (die retroperitoneale Stielversorgung) „ Cent. f. Gyn., n. 35, 1891.

[4]) A. Martin, " Ueber Miomoperationen. „ Zeitschrift f. Geb. und Gyn., XX Bd., 1. H., 1890.

[5]) Statistica di Wehmer:

A. METODO INTRAPERITONEALE.

	N. casi	N. morti	Mortalità		N. casi	N. morti	Mortalità
Gusserow	19	6	31.6 p.c.	Spencer Wells	26	10	38.0 p.c.
Kaltenbach	5	8	60.0 „	Schroeder	135	41	30.0 „
Martin	86	15	17.4 „	Tauffer	12	4	33.0 „
Olshausen	29	9	31.0 „				
					312	88	28.7 p.c.

per cento, quello extraperitoneale con nove operatori con 262 casi, 63 morti, mortalità del 24 per cento.

Lo Zweifel, compulsando le statistiche dal principio del 1877, anno in cui le precauzioni antisettiche vennero generalmente adoperate, raccoglie 469 operazioni col metodo extraperitoneale, con 103 morti, ossia colla mortalità del 22 per cento e 243 con affondamento del peduncolo, con 84 morti, ossia colla mortalità del 34.5 per cento. Egli raccoglie poi un'altra statistica, dalle comunicazioni epistolari di colleghi tedeschi, di 130 casi trattati col metodo extraperitoneale, da 10 operatori con 29 morti, colla mortalità del 22.3 per cento, e di 116 casi operati col metodo endoperitoneale da 13 operatori, con 38 morti, la mortalità quindi del 32.7 per cento [1]). Lo Zweifel però sottopone la statistica di Wehmer e la propria ad analisi critica e si chiede: « Kaltenbach che è un partigiano del metodo extrape- « ritoneale perchè ha affondato il peduncolo in cinque casi? Non si può « sottrarre al sospetto che in tali casi appunto abbia affondato il pedun- « colo perchè non poteva essere trattato extraperitonealmente ». Secondo il concetto fondamentale che inspira la sua critica, la statistica del metodo endoperitoneale sarebbe oscurata da casi gravi in cui non era possibile la extraperitoneale. E a togliere questo elemento a sfavore dell'affondamento del peduncolo egli riunisce solo le statistiche de' fautori di questo metodo e ne fa una statistica selezionata di 345 casi appartenenti a dieci operatori, con 88 morti e la mortalità del 25.5 per cento [2]).

B. Metodo extraperitoneale.

Bantock	22	2	9.0 p.c.	Tauffer	17	2	11.7 p.c.
Hegar	22	6	27.0 „	Spencer Wells	20	10	50.0 „
Kaltenbach	22	1	4.5 „	Lawson-Tait	54	20	37.0 „
Keith	38	2	5.3 „	Thornton	15	2	13.0 „
Péan	52	18	34.0 „		262	63	24.0 p.c.

[1]) Statistica di Zweifel concernente gli operatori tedeschi:

A. Trattamento extraperitoneale.

Carlo Braun dal 1880 al 1887	Casi	63	Morti	12	Schauta	Casi	5	Morti	2
Fehling	„	15	„	1	Schultze	„	1	„	1
Gusserow	„	3	„	2	Werth	„	2	„	1
Kehrer	„	9	„	2	Zweifel	„	8	„	1
Leopold	„	14	„	3					
Säxinger	„	10	„	3			130		29

Mortalità 22.3 p.c.

B. Trattamento intraperitoneale.

Carlo Braun	Casi	5	Morti	2	Schauta	Casi	1	Morti	1
Dohrn	„	9	„	0	Schultze	„	12	„	3
Fehling	„	3	„	3	Werth	„	11	„	3
Gusserow	„	23	„	6	Winckel	„	2	„	1
Kehrer	„	3	„	2	Zweifel	„	10	„	1
Leopold	„	19	„	7					
Runge	„	11	„	4			116		38
Säxinger	„	7	„	6	Mortalità 32.7 p.c.				

[2]) Statistica selezionata di Zweifel che riguarda operatori tedeschi partigiani dell'affondamento del peduncolo:

Martin	Casi	86	Morti	15	Mortalità	17.4 p.c.	Dohrn	Casi	9	Morti	0	Mortalità	00.0 p.c.
Olshausen	„	29	„	9	„	31.0 „	Leopold	„	19	„	7	„	36.8 „
Schroeder	„	136	„	41	„	30.1 „	Runge	„	11	„	4	„	36.3 „
Gusserow	„	23	„	6	„	26.0 „	Zweifel	„	10	„	1	„	10.0 „
Schultze	„	12	„	3	„	25.0 „							
Werth	„	11	„	3	„	27.2 „			345		88		

La critica dello Zweifel non può però accettarsi senza obbiezione. Certo le statistiche non possono essere accolte senza beneficio d'inventario, ma è pericoloso il volerle volgere a vantaggio delle idee che sosteniamo. Così la considerazione sopraccennata di Zweifel può essere ritorta contro l'autore stesso. Se il Kaltenbach, partigiano del metodo intraperitoneale, operò cinque volte con tre morti col metodo intraperitoneale, perchè trattavasi di casi particolarmente gravi, perchè non si può dire altrettanto ma inversamente del Gusserow, che, partigiano del metodo intraperitoneale, operò tre volte con tre morti con quello extraperitoneale? Non ho voluto fare queste considerazioni perchè io voglia difendere il metodo extraperitoneale del quale, a torto, da alcuni recenti scrittori italiani sono stato dichiarato quasi inconvertibile partigiano, ma solo per giudicare la questione da un punto affatto obbiettivo. Ora l'esame spassionato delle statistiche accennate porterebbe alla conclusione che allora, fino a quell'epoca, le statistiche complessive deponevano più favorevolmente per il metodo extraperitoneale che per quello endoperitoneale.

Senonchè le statistiche accennate si prestano a confronti che mi sembrano più importanti di quelli fatti da Zweifel, il quale colla sua selezione viene a pareggiare quasi le mortalità dei due metodi, sempre con lieve prevalenza di quello endoperitoneale. Il fatto che soprattutto mi ha colpito nell'esame di quelle statistiche è l'enorme differenza della mortalità avuta da partigiani dello stesso metodo.

Nella statistica di Wehmer, che si riferisce al trattamento extraperitoneale, noi vediamo che la mortalità oscilla dal minimo di quattro, cinque per Kaltenbach al maximum del 50 per cento per Spencer Wells ed in quella pure di Wehmer, che si riferisce al metodo intraperitoneale, abbiamo delle oscillazioni fra il minimum del 17.4 per cento per Martin e il maximum del 60 per cento per Kaltenbach.

Nella statistica mista di Zweifel, per il metodo extraperitoneale, noi abbiamo le oscillazioni nella mortalità tra il minimum del 6.66 per cento (Fehling) ed il maximum 100 per cento (Gusserow) e, per il metodo intraperitoneale, tra il minimum del zero per cento (Dohrn) ed il maximum del 85.71 per cento (Säxinger). Chè se noi prendiamo in esame la statistica selezionata di Zweifel, che comprende soltanto i partigiani del metodo endoperitoneale, abbiamo pure una oscillazione tra il 0.0 per cento (Dohrn) ed il 36.8 per cento (Leopold). Ora il fatto di queste enormi oscillazioni nella mortalità fra operatore ed operatore partigiani dello stesso metodo non significa che altri elementi possano efficacemente contribuire, all'infuori del trattamento del peduncolo, ad aggravare la mortalità? Prendiamo ora invece, per esempio, in esame due statistiche di operatori partigiani di metodi diversi con numero di casi eguale all'incirca, quella di Kaltenbach (l. c.) e quella di Brennecke [1]). Il Kaltenbach in 22 casi operati col metodo extraperitoneale ebbe un caso di morte, il Brennecke sopra 18 casi operati col metodo endoperitoneale e con diversi processi (Olshausen, Schroeder e Martin), non ebbe alcun morto. Tali confronti non dimostrano a sufficienza, non danno quasi la riprova come coll'uno e coll'altro metodo si possono avere basse ed elevate mortalità? Perchè dunque ricercarne la

[1]) "Ein Wort für die Schroeder'sche Methode der Myomotomie." Zeitschrift f. Gyn., 1891.

ragione quasi esclusivamente nel metodo del trattamento del peduncolo? Nè mi pare che anche lavori recentissimi sieno riusciti a dimostrare collo studio delle statistiche complessive la superiorità, in modo incontrovertibile, di un metodo sull'altro. Prendiamo per esempio in esame due lavori italiani che comprendono un ingente numero di fatti, quello del dottor Lauro[1])

[1]) V. Lauro, " Del trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparo-isterectomia per miofibromi. „ Napoli, 1893. Riproduco qui le statistiche del dott. Lauro:

Metodo extraperitoneale.

	Casi	Guarigioni	Morti		Casi	Guarigioni	Morti
Albert	30	29	1	Pasquali	1	1	—
Acconci	1	—	1	Pestalozza	1	1	—
Bastianelli	4	4	—	Pozzi	16	13	3
Carle	14	12	2 a)	Segond	20	11	9
Calderini	1	—	1 a)	Simone (De)	4	4	—
Durante	23	21	2	Salvia	3	3	—
Ferraresi	4	4	—	Terrillon	28	23	5
Gallozzi	1	1	—	Tauffer	51	39	12
Inverardi	1	—	1	Terrier	38	23	15
Jacobs	2	2	—	Turretta	1	—	1
La Torre	1	1	—	Tricomi	3	2	1
Hegar	18	18	—	Zuco	4	4	—
Mangiagalli	41	39	2 a)				
Mugnai	1	1	—		313	257	56
Negri	1	1	— a)		Mortalità 17.8 p.c.		

Metodo intraperitoneale.

	Casi	Guarigioni	Morti		Casi	Guarigioni	Morti
Acconci	2	2	—	Morisani	15	14	1
Bossi	12	12	—	Martinetti	1	1	—
Bastianelli	1	—	1	Mangiagalli	10	9	1 a)
Bergesio	9	6	3 a)	Negri	1	1	— a)
Calderini	3	2	1 a)	Paladini	1	1	—
Cosentino	5	4	1	Pinzani	1	1	—
Caruso	1	1	—	Postiglione	1	1	—
Candia	1	1	—	Richelot	16	13	3
Deletrez	18	18	—	Ruggi	8	8	— a)
Dim. de Ott.	3	3	—	Raffa	2	2	— a)
Dudley	1	1	—	Storchi	2	2	—
D'Antona	2	2	— a)	Spinelli	1	1	—
De Simone	2	2	—	Salvia	1	1	—
Di Giacomo	5	3	2	Salin	1	1	—
Durante	5	2	3	Terrillon	26	23	3
Frusci	1	1	—	Terrier	8	4	4
Fasola	3	1	2	Treube	57	52	5
Fritsch	27	16	11	Truzzi	1	1	—
Gallozzi	1	1	—	Tansini	2	2	—
Inverardi	5	3	2	Tibone	1	—	1
Jacobs	3	3	—	Tricomi	1	1	—
Kleeberg	1	1	—	Von Neuem	53	51	2
Lauro	2	2	—	Zweifel	43	42	1
Lihotzky	10	9	1				
Mon. de Leon	11	9	2		412	360	52
Mey	25	23	2		Mortalità 12.7 p.p.		

a) Detratti i casi riportati già nella statistica Borgesio.

Metodo intraperitoneale.	N. casi	Morte	Mortalità	Anno	Metodo extraperitoneale.	N. casi	Morte	Mortalità	Anno
Statist. Wehmer	312	88	28.2 p.c.	1887	Statist. Wehmer	262	63	24.0 p.c.	1887
„ Zweifel	116	38	32.7 „	1888	„ Zweifel	130	29	22.8 „	1888
„ Hofmeier	164	54	32.9 „	1889	„ Hofmeier	38	6	15.5 „	1889
Casi di Leopold	22	5	22.0 „	1890	Casi di Leopold	34	7	20.9 „	1890
Statist. Bergesio	110	27	24.5 „	1890	Statist. Bergesio	60	19	31.6 „	1890
„ Lauro	412	52	12.7 „	1893	„ Lauro	313	56	17.8 „	1893
	1136	264	23.2 p.c.			887	180	21.5 p.c.	

e quello del dottor Spinelli[1]), comparsi quasi contemporaneamente nello scorso anno.

Il dottor Lauro raccoglie dal 1888 al 1893, 313 casi di isteromiomectomia col metodo extraperitoneale con 56 morti ed una mortalità del 17.8 per cento e 412 casi col metodo intraperitoneale con 52 morti e con una mortalità del 12.7 per cento. Lo Spinelli, comprendendo anche statistiche antecedenti al 1888, raccoglie, per il metodo endoperitoneale, 983 casi con 235 morti e colla mortalità del 23.8 per cento. Il Lauro poi riunendo le statistiche di Wehmer, di Zweifel, di Hofmeier, di Leopold, di Bergesio e la propria dà un complesso di 1136 casi trattati coll'affondamento del

[1]) P. G. Spinelli, " Contributo alla chirurgia dei fibromiomi uterini. „ Napoli, 1893. Riproduco qui le statistiche del dott. Spinelli:

Statistica delle isterectomie che rientrano nel metodo di trattamento del peduncolo alla Schroeder.

	N. delle op.	Morti		N. delle op.	Morti
Schroeder	135	41	Runge	11	4
Martin	135	46	Mendes de Leon	11	2
Leopold	41	12	Dohrn	9	0
Ruggi	55	11	Calderini	9	3
Treub	57	5	Morisani	8	1
Spencer Wells	26	10	Carle	8	0
V. Mey	25	2	C. Braun	7	4
Gusserow	28	6	Sàxinger	7	6
Brennecke	22	1	Poggi	6	1
Bergesio	19	5	Durante	5	3
Frommel, Hofmeier { Landau	57	7	Cosentino	5	1
			Di Giacomo	5	3
Chroback	17	0	Inverardi	4	1
Mangiagalli	18	3	D'Antona	4	2
Mo	13	8	Novaro	3	1
Schultze	12	3			
Tauffer	12	4		775	199
Werth	11	3	Mortalità 25.6 p.c.		

Processi che rientrano nel trattamento del peduncolo col laccio elastico o col cordoncino di seta, affondati.

	N. delle op.	Morti		N. delle op.	Morti
Olshausen	29	9	Bossi	3	0
Terrillon	28	3	Fasola	3	0
Fritsch	27	11	Negri	2	0
Richelot	16	8	D'Antona	2	0
Terrier	8	4			
Cuzzi	5	1		127	31
Morisani	4	0	Mortalità 24 p.c.		

Processi che rientrano nel metodo Zweifel.

	N. delle op.	Morti		N. delle op.	Morti
Zweifel	51	2	Dambrowsky	1	0
Richelot	21	2	Spinelli	1	0
Duboury	4	0	Inverardi	1	1
Dimitri de Ott	3	0			
Johannowsky	2	0		86	5
Morisani	2	0	Mortalità 5.2 p.c.		

	N. dei casi	Morti
Processo Schroeder e proc. modificati	775	199
Laccio elastico o cordoncino, affondati	127	31
Processo Zweifel e processi modificati	86	5
	988	235

Ossia una percentuale del 23.8.

peduncolo con 264 morti, cioè colla mortalità del 23.2 per cento e di 837 col metodo extraperitoneale con 180 morti con una mortalità del 21.5 per cento.

Le statistiche complessive anche recentissime non riescono dunque a dimostrare in modo indiscutibile la superiorità dell'uno e dell'altro metodo. Le statistiche complessive per quanto diligenti hanno poi sempre lo inconveniente di comprendere i casi più disparati e di essere incomplete, per cui sarebbe facile dimostrare come aggiungendo alcune statistiche non conosciute dagli indicati autori si possa, a vece alterna, far pendere la bilancia in un senso o nell'altro. Un fatto è con esse dimostrato, la diminuzione progressiva della mortalità tanto col metodo extraperitoneale che col metodo endoperitoneale. Prescindendo da tale considerazione, notiamo in tali statistiche le stesse enormi oscillazioni nella mortalità tra i fautori dello stesso metodo, oscillazioni che lasciano peritanti nel valutare le conclusioni generali che se ne vorrebbero trarre. Così nelle statistiche di Lauro vediamo:

Nella tabella del metodo extraperitoneale:

Hegar (18 casi, 0 morti), Albert (30 casi, 1 morto), Durante (23 casi, 2 morti), Mangiagalli (41 casi, 2 morti) con una somma complessiva di 112 casi e 5 morti, colla mortalità del 4. 46 per cento ed invece Terrillon (28 casi, 5 morti), Tauffer (51 casi, 12 morti), Terrier (38 casi, 15 morti) con una somma complessiva di casi di poco superiore alla precedente, con 32 morti e colla mortalità del 27.34, sestupla della precedente e:

Nella tabella del metodo endoperitoneale:

Dalla mortalità del 3.73 per cento (Von Neuem con 53 casi e 2 morti), del 6. 66 (Morisani con 15 casi e 1 morto), del 11. 53 (Terrillon con 26 casi e 3 morti), del 0 per cento (Bossi con 12 casi e 12 guarigioni), (Deletrey con 18 casi e 18 guarigioni) alla mortalità del 40 per cento (Inverardi con 5 casi e 2 morti e Di Giacomo pure con 5 casi e 2 morti), del 40. 74 per cento (Fritsch con 27 casi ed 11 morti), del 60 per cento (Durante con 5 casi e 3 morti). L'esame delle cifre accennate deve portare in tutti la convinzione che il metodo statistico basato unicamente sulla classificazione dei casi spettanti a molti operatori a seconda del modo di trattamento del peduncolo, non possa condurre che a risultati poco attendibili, ma deve anche invitare a cercare la ragione per cui operando collo stesso metodo si possano avere risultati così diversi, quando certo non se ne può incolpare l'imperizia degli operatori. Forse in nessun campo della chirurgia si ha, come nei fibromi uterini, una così straordinaria varietà di casi, di circostanze, che devono essere ponderate ed analizzate nell'apprezzare i risultati ottenuti, ed aggiungo che forse in nessun campo come in questo gli operatori si sono così poco preoccupati di fornirci gli elementi di un giudizio sereno, preoccupati eccessivamente per non dire unicamente dalla questione del peduncolo.

Se le statistiche complessive dei due metodi fondamentali del trattamento esterno del peduncolo e del suo affondamento, molto incomplete del resto, malgrado gli sforzi dei ricercatori, ed anche inesatte, perchè fanno rientrare in determinati processi casi che non vi appartengono, non riescono a dimostrarci con fondamento sicuro quale dei due meriti la preferenza, ci lascia nell'eguale incertezza l'esame delle statistiche dei singoli processi

in cui ogni metodo si divide. Se per il trattamento esterno, a parte piccole variazioni di poca importanza, si può dire non esistere che un solo processo, nel quale possono essere comprese tutte le accennate modificazioni, nell'apprezzamento della mortalità, lo stesso non può dirsi riguardo al metodo endoaddominale. Per questo è necessario che l'indagine si rivolga ai diversi procedimenti operativi in cui si divise.

Quale influenza ebbe l'applicazione della legatura elastica sulla mortalità del metodo addominale?

Quali sono i risultati col metodo Schroeder ?

Quali sono i risultati col processo di Zweifel?

Quali i risultati col processo retroperitoneale?

È quasi impossibile il ricercare nelle statistiche la soluzione di tali quesiti. Aggiungasi come il periodo dal 1888 al 1894 rappresenti per molti operatori, forse per tutti, un periodo di continua evoluzione: valga l'esempio di Fritsch il quale passa e ripassa dal metodo extraperitoneale all'endoperitoneale, e finalmente si dichiara per l'ablazione totale dell'utero[1]). E riguardo al laccio elastico valga l'esempio di Richelot. Mentre una tesi di Wirbel[2]) (1890), sosteneva la preferenza da darsi al laccio elastico, quella di Guilleminot[3]) (1893), che, come la prima, si ispira all'opera dello stesso chirurgo, dimostra l'efficacia della costrizione con seta.

Lo Spinelli nel lavoro accennato tenta la soluzione statistica del problema, ma senza riuscirvi completamente. Egli dà, per il processo di Schroeder e per i processi che in esso rientrano, una statistica di 775 casi con una mortalità del 25.6 per cento, ma fa rientrare in esso i casi di Chroback, operati col processo retroperitoneale, che deve essere considerato a parte: per quello di Olshausen, facendo rientrare in questo processo i casi trattati con cordoncino di seta, la mortalità del 24 per cento, mentre riunisce poi 86 casi operati col processo Zweifel colla mortalità del 5.2 per cento. Tali statistiche, dal confronto delle quali, risulterebbe dimostrata così evidentemente la superiorità del processo Zweifel, non sono però in alcun modo confrontabili. Le due prime statistiche comprendono un gran numero di casi che risalgono quasi all'infanzia della miomectomia coll'affondamento del peduncolo, mentre la statistica del processo di Zweifel non comprende che casi recentissimi. Le due prime statistiche comprendono 44 operatori. La terza ne comprende 9 e lo Zweifel vi prende parte egli solo con 51 casi. Ai notevoli risultati ottenuti col processo di Zweifel, fanno del resto riscontro i successi del processo retroperitoneale. La statistica di questo, che è tutta molto recente, conta al suo attivo i felici risultati di Chroback (18 casi con 1 morto)[4]), di Bassini (mortalità 8 per cento secondo una comunicazione epistolare), di Johannowsky[5]) (23 casi con 4 morti), di Boer (11 casi con 1 morto). Poco favorevoli furono invece i risultati di Hofmeier, che rivendica egli pure, al pari di Bassini, la proprietà del metodo, avendo avuto 5 morti sopra 11 casi[6]). È interessantissima la lettura del recente

[1]) " Bericht über die Gynaekologischen Operationen des Jahrgangs 1891-92. »

[2]) " De la ligature élastique perdue dans l'hysterectomie abdominale. „ Paris, 1890.

[3]) " Traitement du pédicule intrapéritonéal dans l'ablation des fibromes utérins. „ Paris, 1893.

[4] " Ueber abdominale Myomoperationen. „ Centralblatt f. Gynaek., n. 20, 1893.

[5]) Max Rey, " Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chroback. » Prager Medizinische Wochenschrift, n. 20-21, 1893.

[6]) " Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomoperationen. » Centr. f. Gyn., n. 48, 1893.

e diligentissimo lavoro di Edward v. Meyer[1]), che riassume l'esperienza di Czerny durante 15 anni. Sopra 30 casi di isteromiomectomia col trattamento esterno, si ebbero 7 casi di morte, colla mortalità del 23.3 per cento, ma negli ultimi 12 casi, solo un caso di morte colla mortalità del 8.3 per cento, mentre sopra 21 casi trattati coll'affondamento del peduncolo, si ebbero 4 morti colla mortalità del 19 per cento, ma negli ultimi 12 casi, 1 solo caso di morte colla mortalità dell'8.3 per cento. Nella statistica di Meyer, nell'ultima serie di casi, la mortalità è uguale per i due metodi endo ed extraperitoneale. Se noi esaminiamo invece un'altra statistica pure recente di un celebrato laparotomista, non compresa come l'antecedente nei lavori di Lauro e di Spinelli, quella esposta da Bantock, nell'aprile 1893, alla società ginecologica Brittannica (*The British Gynaekological Journal*, marzo 1893), abbiamo 129 casi di trattamento extraperitoneale con 22 morti e 9 casi di trattamento endoperitoneale con 7 morti. Lo studio diligente delle statistiche non permette, a mio avviso, che di trarre queste conclusioni:

1. La mortalità di tutti i metodi operatorii è andata diminuendo dal 1878, anno in cui lo Schroeder faceva la sua prima comunicazione in Cassel ai medici e naturalisti tedeschi, ad oggi.

2. Le statistiche individuali di operatori provetti, esperimentati, devono necessariamente avere la prevalenza sulle statistiche complessive che risultano riunendo i casi di un gran numero di operatori.

3. Alla diminuzione della mortalità contribuisce molte volte non tanto il cambiamento del metodo quanto la cresciuta abilità clinica operatoria del chirurgo.

4. La mortalità generale della isteromiomectomia deve considerarsi come superiore a quella espressa dalle statistiche dei singoli metodi e processi, per l'esclusione che in queste si fanno di casi incompletamente operati, con esito letale, oppure di casi, in cui, pur avendosi l'esito letale, si cambiò metodo per l'insorgenza di gravi accidenti.

5. L'esame delle statistiche individuali dimostra che con ogni metodo si può avere una mortalità relativamente bassa.

Col metodo extraperitoneale noi abbiamo le statistiche di Kaltenbach, Durante, Albert, Hegar.

Col metodo addominale, processo di Schroeder, noi abbiamo le statistiche di Brennecke e di Treub.

Col metodo addominale, processo di Zweifel, noi abbiamo le statistiche di Zweifel e Richelot.

Col metodo retroperitoneale noi abbiamo le statistiche di Chroback, Bassini, Johannovsky.

Però la dimostrata possibilità di ottenere coi metodi endoperitoneali gli stessi favorevoli risultati che si hanno col metodo extraperitoneale ha un valore che non può sfuggire ad alcuno.

Finchè la statistica parlava eloquentemente a favore del metodo extraperitoneale, tutte le obbiezioni fatte a questo (maggior lunghezza del trattamento post-operatorio, predisposizione all'ernia post-operatoria, tendenza

[1]) " Die operative Behandlung der Uterusmyome in den Jahren 1878-92. „ Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaek. XXVII Bd., zweites H„ 1893, XXVIII Bd., erster H., 1894.

al cistocele (Spinelli), perdevano ogni importanza di fronte al maggior numero di vite salvate. Ora invece la dimostrata possibilità, per parte di statistiche individuali, di avere coll'affondamento del peduncolo risultati, se non più splendidi, almeno eguali a quelli del metodo extraperitoneale, non solo accresce valore a queste obbiezioni, ma le rende soverchianti a favore del metodo dell'affondamento del peduncolo, dal quale non havvi ragione perchè altri operatori non possano avere gli stessi risultati ottenuti da Chroback, da Zweifel, ecc. E fra tutti i processi che fanno capo a questo metodo, quello di Zweifel, ove si tengano inegualmente lunghi i lembi peritoneali, perchè più spiccio e perchè mette quasi al sicuro dalla infezione del canale cervicale, dando nello stesso tempo solide garanzie di efficacia emostatica, mi pare meriti la preferenza. La lotta fra metodo extraperitoneale e metodo endoperitoneale poteva dunque prevedersi come prossima a finire col trionfo definitivo di questo.

Senonchè mentre le brillanti statistiche di alcuni operatori parevano rendere non lontano il tramonto del trattamento extraperitoneale, l'asportazione totale dell'utero entrò in lizza, quasi a voler rendere vana e oziosa la questione del trattamento del peduncolo. Noi dobbiamo qui considerare separatamente l'asportazione totale per via vaginale e quella per via addominale, comprendendo in questa il metodo misto vagino-addominale, riguardo al quale, d'altronde, sembra farsi universale il consenso, non esservi alcuna sua superiorità sul metodo che si propone di asportare l'utero in totalità esclusivamente per via addominale, quando trattisi di fibromi uterini.

L'asportazione totale dell'utero per via vaginale, non può confrontarsi nè col metodo extraperitoneale, nè con quello endo-addominale, perchè non possiede il carattere fondamentale di questi, di essere generale, applicabile cioè a tutti i casi. Possono variare i limiti della sua applicazione da chirurgo a chirurgo, può considerarsi come notevolmente esteso il suo campo dalla forcipressura e dallo spezzettamento (*morcellement*), ma si deve nello stesso tempo riconoscere come in un gran numero di casi, almeno quali ora si presentano al clinico, non possa essere applicato. Certo i risultati con essa ottenuti sono soddisfacenti, e così soddisfacenti da ritenersi quasi tramontata la castrazione, poichè i casi, a cui questa era specialmente applicabile, possono ormai considerarsi come di spettanza della isterectomia vaginale. E questa vedrà estendere maggiormente il suo dominio, perchè la relativa innocuità dell'operazione inviterà i chirurghi ad operare più estesamente e precocemente i fibromi uterini, quando il loro sviluppo è ancora modico.

A far comprendere il valore della operazione, mi basti il citare i risultati ottenuti da Doyen[1]) e quelli di Péan, il quale nell'ultimo Congresso di chirurgia francese dell'anno passato, riferì di 300 casi colla mortalità del 2 per cento circa. Essa può dirsi una operazione ormai volgarizzata ovunque. Riguardo al metodo da seguirsi, se non si tratta di piccolissimi fibromi, io, non partigiano in via generale della forcipressura e dello spezzettamento, ne ritengo indispensabile o almeno utilissima l'applicazione ai casi di fibromi uterini, quando questi oltrepassino un

[1]) " Deux procédés inédits d'hystéaectomie abdominale et vaginale. „ Paris, 1893.

certo volume. Dei due processi di Doyen e di Péan, per quanto la mia scarsa esperienza mi permette di giudicare, preferisco il secondo nella sua parte essenziale di assicurare mano mano l'emostasi, applicando pinze di volume relativamente piccolo, successivamente dal basso all'alto, incidendo l'utero all'avanti, all'indietro, ai lati, ovvero svuotandolo centralmente a norma della speciale topografia del tumore o dei tumori.

Riguardo all'isterectomia addominale, esaminiamo innanzitutto i documenti che possediamo. La statistica raccolta dallo Spinelli, ci dà una serie di 131 casi e 29 morti con una mortalità del 22.1 per cento.

La statistica complessiva ci porgerebbe dunque una mortalità che si aggira, poco su, poco giù, attorno a quella del metodo extraperitoneale e endo-addominale. Ciò che varrebbe a dimostrare una volta di più che altri elementi oltre al trattamento del peduncolo, oltre al metodo, devono essere presi in considerazione riguardo al pronostico; nè manca in detta statistica un elemento comune alle statistiche dei metodi endo ed extraperitoneali, cioè le oscillazioni notevoli della mortalità fra i singoli operatori. Infatti nella statistica dello Spinelli, prescindendo dagli operatori che hanno un numero eccessivamente scarso di casi per trarne elementi di giudizio noi vediamo:

	Casi	Morti	Mortalità		Casi	Morti	Mortalità
Bardenheuer .	7	1	14.28 p. c.	Inverardi . .	8	3	37.50 p. c.
Martin (1ª serie)	30	8	26.26 »	D'Antona . .	8	2	25.— »
Doyen	11	1	9.09 »	Morisani . .	5	3	60.— »
Novaro	14	1	7.14 »	Mo	5	2	40 — »

La prognosi di questa operazione migliora progressivamente come quella degli altri metodi operatorii. Così, p. es., il Chroback[1]) riferisce recentemente 20 casi di asportazione totale addominale tutti seguiti da guarigione e nell'ultima edizione del trattato di Martin[2]) si rilevano, oltre ad 8 casi di Mackenrodt con 1 caso di morte, 97 operazioni dell'autore stesso: 43 volte il peritoneo non venne chiuso e si ebbero 8 casi letali, cioè il 30.23 per cento di mortalità, e 54 volte venne chiuso e si ebbero 5 morti, cioè una mortalità del 9.5 per cento. Meyer (l. c.) riferisce 4 casi con esito felice e 1 caso incompleto con esito letale; Lennander[3]) 16 casi con 16 guarigioni, mentre Chroback in una recentissima pubblicazione[4]) porta a 29 i suoi casi con 2 casi letali, in opposizione a 46 casi di trattamento retroperitoneale con 4 casi di morte: d'altra parte all'ultimo congresso di chirurgia francese, Boeckel riferisce 4 casi con 1 morte, Jacobs 9 casi con 4 morti, Routier 6 casi con 3 morti (metodo addomino-vaginale), Goullioud 1 caso con una morte (idem).

L'esame spassionato delle statistiche dimostra dunque che, indipendentemente dal modo di trattamento del peduncolo, noi possiamo avere delle notevoli oscillazioni nella mortalità e nello stesso tempo come questa possa essere contenuta entro limiti molto bassi sia assicurando il

[1]) " Ueber abdominale Myomoperationen. „ Centralblatt f. Gyn., N. 20, 1893.
[2]) " Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten. „ Dritte Auflage, 1893.
[3]) " Ueber abdominale Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation des Uterus wegen Myom. „ Centr. f. Gyn., n. 2, 1894.
[4]) " Zur retroperitonealen Stumpfversorgung, bei Myomotomie. „ Centr. f. Gyn., n. 2, 1894.

moncone all'utero, sia affondandolo, sia eliminandolo mediante l'asportazione totale.

Tale diversità di risultati non si può spiegare se noi non ammettiamo l'influenza preponderante di altri fattori, all'infuori del trattamento del peduncolo, elementi che, come ho già indicato, possono essere offerti dalla maggiore o minor larghezza della indicazione, dalla maggiore o minore esperienza dell'operatore qualunque sia il metodo a cui si appigli, dal volume e dalla topografia del tumore, dalle complicanze eventuali, locali o generali, piosalpinge, icorizzazione del tumore, cistopielonefrite, vizii cardiaci, anemia estrema, ecc.

Quale sia l'influenza dei singoli fattori annunciati, è difficile determinare, prendendo in esame la maggior parte delle statistiche redatte quasi esclusivamente allo scopo di dimostrare la superiorità di questo o quel metodo operatorio. Mi sia perciò concesso di esporre ed analizzare i casi da me operati, non solo dal punto di vista del processo seguito, ma da un punto di vista clinico più complesso.

Dal punto di vista dell'argomento che ci occupa, mi sembra utile l'analisi critica della mia statistica. Nel quinquennio 1889-93 io ho operato 80 isteromiomectomie con tutti i metodi, con 11 morti, cioè colla mortalità generale del 13.75 per cento. A dimostrare quanto possano essere fallaci le conclusioni statistiche nella questione che stiamo discutendo, mi sia lecito dividere la mia esperienza in due periodi. Il primo abbraccia il biennio 1889-90, il secondo il triennio 1891-93. Tale divisione è logica e necessaria. Quando assunsi, sulla fine del 1888, la direzione del Comparto Ginecologico dell'Ospedale Maggiore, lo trovai incredibilmente disadatto ai suoi fini. Il biennio 1889-90 rappresenta appunto il periodo di prova, di organizzazione, sul quale gravano non solo le esitanze e i dubbi dell'operatore, ma tutti i difetti e gli inconvenienti di un sistema in via di lenta trasformazione. Ma oltre a questa ragione d'indole generale, havvene una speciale, che deve aver molto peso nell'esame critico dei fatti. Nel biennio accennato, in caso di fibromi, io praticava, di regola, l'ablazione degli annessi, riservando la isteromiomectomia ai casi in cui la castrazione non era possibile. Era dunque, quasi senza eccezione, una selezione in senso inverso che io faceva per la isteromiomectomia, che in detto periodo di tempo, non operai che 16 volte (10 col trattamento esterno, 4 morti — 4 con affondamento del peduncolo, 2 morti — 2 isterectomie vaginali, 0 morti), colla mortalità complessiva del 37. 50 per cento.

È solo nel triennio 1891-93 che io applicai metodicamente l'isteromiomectomia ai fibromi uterini ed è quindi i risultati della esperienza di questi ultimi tre anni che intendo qui discutere. Orbene, in tale periodo di tempo praticai 64 volte la isteromiomectomia con 5 morti, vale a dire colla mortalità complessiva del 7.85 per cento, contrasto veramente eloquente colla elevata mortalità del periodo antecedente e tanto più singolare inquantochè nulla o poco fu mutato nella tecnica, avendo usato eccleticamente tutti i processi operatorii. Notisi che nella serie accennata di 64 casi, abbiamo 30 casi di seguito tutti coronati da esito felice e che mentre un caso di morte incomincia la serie, altri tre casi si trovano riuniti nel periodo di un mese circa nel 2° semestre del 1893. Tale distribuzione della mortalità può già dare a riflettere a chi ricerca

prevalentemente o peggio esclusivamente nel modo di trattamento del peduncolo la causa della mortalità. Addentriamoci più profondamente nell'esame della mia statistica mediante il quale si esclude tosto l'influenza di alcuni fattori. Così:

in 7 casi, affezioni non suppurative dell'ovaio o delle trombe
in 5 casi, vizii di cuore

complicano i fibromi, ma in tutti abbiamo la guarigione.

Il volume del tumore, non esercita alcuna influenza sull'esito della operazione, se si tratta di fibromi sottosierosi, interstiziali e sottomucosi, ma ne esercita una grandissima e nociva, quando si tratti di fibromi a sviluppo infraligamentario, e la ragione è ovvia quando si pensi all'alterazione dei rapporti anatomici degli organi addominali e pelvici che ne deriva, alla facile lesione di organi importanti, agli enormi spazii morti che risultano dalla loro enucleazione.

Il volume del tumore, subordinatamente alla topografia del tumore stesso, costituisce, come vedremo, il maggior fattore di mortalità.

Ma vediamo ora quale sia l'influenza del modo di trattamento del peduncolo. Sopra 64 casi ho praticato una sola volta l'asportazione totale per via addominale con esito fatale, ma tale osservazione non depone in alcun modo contro il metodo, poichè l'ammalata era votata a morte qualunque fosse stato il metodo seguito e l'intervento non rappresentava che l'*extrema ratio* e la più razionale, poichè si trattava di un enorme conglomerato di fibromi a sviluppo infraligamentario con sfacelo, suppurazione, seni fistolosi, setticemia in atto. Sei volte ho praticato l'isterectomia vaginale con esito felice, come l'aveva praticato già due volte nel biennio antecedente, ma l'isterectomia vaginale non ha la qualità di metodo generale, non può applicarsi a tutti i casi, non può essere confrontata con metodi universali quali i metodi addominali. Essa è un'ottima operazione, una vera risorsa dell'arte, che ha limiti che possono variare da operatore ad operatore, ma non indefinitamente. Io ho asportato con essa un fibroma del peso di 600 grammi, ma pur accettando i casi eccezionali di Péan, di Doyen, di fibromi più voluminosi asportati per questa via, non vedo la ragione perchè non si debba dare la precedenza ai metodi addominali, nei quali, *lege artis*, con perfetta sicurezza tecnica si può venire a capo di qualunque difficoltà, senza far correre straordinarii rischii alla paziente. Ad ogni modo resta l'obbiezione fondamentale che non è e non può diventare un metodo universale, come quelli per via addominale.

Restano ad esaminare 57 casi in cui il peduncolo fu trattato all'esterno ovvero fu affondato. Essi si dividono come segue:

Trattamento esterno	42 casi	con 4 morti	— mortalità	9.52
Affondamento. . .	15 »	» 0 »	»	0 per cento.

Riunendo i casi in cui il moncone venne assicurato all'esterno ovvero venne affondato, la mortalità complessiva sarebbe del 7.01 per cento. Nei 15 casi in cui si affondò il peduncolo tre volte si operò col processo di Olshausen, due con quello di Schroeder, quattro con quello di Zweifel, sei con quello retroperitoneale, e in tutti i processi si ebbe la guarigione, per cui i miei casi non si prestano ad alcun confronto statistico tra i diversi

processi endo-addominali, avendo ottenuto la guarigione con tutti. Alla stregua di dette cifre ne verrebbe dimostrata la superiorità del metodo endoperitoneale, fatta la debita riserva per il diverso numero di casi trattati coi due metodi, riserva che non parrà superflua a chi è abituato alle grandi serie operatorie, nelle quali non è difficile osservare dopo un gran numero di trionfi un certo numero di rovesci che si danno la mano. Non posso però esimermi dal considerare il metodo del trattamento del peduncolo in relazione colla topografia del tumore. Se noi dividiamo i 57 casi accennati a norma di quest'ultimo criterio, essi si dividono:

		Casi	Morti	Mortalità	Mortalità complessiva
Tumori a sviluppo infra-ligamentario	trattamento esterno .	11	3	27.00 p.c.	18.75 p.c.
	affondamento	5	0	0.00 »	
Tumori sottosierosi, interstiziali o sottomucosi	trattamento esterno .	31	1	3.22 »	2.43 »
	affondamento	10	0	0.00 »	

La topografia del tumore ha dunque una straordinaria importanza prevalente su quella esercitata dal trattamento del peduncolo, poichè noi vediamo la mortalità del trattamento esterno dal 3.22 per cento nelle altre varietà, salire al 27 per cento nella varietà a sviluppo infraligamentario.

Vero è che nel trattamento retroperitoneale sopra cinque casi a sviluppo infraligamentario non si ebbe alcun caso di morte, ma qui torna opportuno il ricordare l'influenza che in tale varietà ha il volume del tumore. Scorrendo le mie tavole statistiche, si rileva come nei tre casi di tumori a sviluppo infraligamentario seguiti da morte ed in cui venne applicato il trattamento esterno, in un caso il peso del tumore fosse di 7 chilogrammi (osserv. 66ª), nel secondo di 11 chilogr. (osserv. 67ª), nel terzo di 5,700 grammi (osserv. 69ª), aggiungendo che nel primo si aveva una paraplegia datante da 4 anni, nel secondo un estremo emaciamento con adiposi cardiaca e nodi caseosi polmonari. Mi pare così di aver dimostrata la necessità di tener nota accurata nelle statistiche individuali di tutti gli elementi, la cui influenza possa associarsi a quella del modo di trattamento del peduncolo e specialmente della topografia del tumore. La questione messa all'ordine del giorno a questo punto per me si scinde. Nelle tre varietà di fibromi, sottosierosi, interstiziali e sottomucosi, nelle quali la mortalità, rappresentata nella mia statistica, che annovera il numero relativamente considerevole di 41 casi, dal 2.43 per cento, si può considerare in media come oscillante attorno al 5 per cento a norma delle statistiche di molti operatori, qualunque sia il processo seguito nel trattamento del peduncolo, possiamo noi sperare di ottenere risultati migliori con un processo più radicale, eliminando il peduncolo ed i pericoli che da esso provengono, facendo l'asportazione totale dell'utero per via addominale? Solo la dimostrazione di risultati migliori può invitare i ginecologi a seguire questa via, ed io sarò lieto di salutare con trasporto tale dimostrazione, tanto più se verrà data dal suo valoroso campione, in compagnia del quale mi onoro di essere ora relatore dell'importante questione. Le statistiche da me consultate l'hanno sinora a me negata. Nella varietà infraligamentaria, la mortalità è tuttora elevata e la questione merita di essere discussa e studiata a parte. I miei risultati statistici dimostrano per essa la superiorità

del metodo retroperitoneale e mi portano a caldeggiare l'asportazione totale come metodo dal quale possa forse sperarsi un miglioramento della prognosi anche in tale varietà di fibromi.

A questo punto credo utile riassumere il mio lavoro nelle seguenti proposizioni:

1. Le statistiche complessive non possono condurre a risultati molto attendibili sia per la eterogeneità dei materiali da cui sono costituite, sia per le cause d'errore che ne derivano riunendo insieme l'opera di operatori che contano casi isolati e quella di operatori che hanno vastissima esperienza, sia infine perchè molti casi letali ne vengono eliminati, non essendo pubblicati.

2. Le statistiche individuali hanno un grande valore, ma peccano esse pure per una insufficiente analisi dei casi.

3. Lo studio delle statistiche dimostra che la mortalità è andata progressivamente scemando con tutti i metodi, con tutti i processi, ognuno dei quali può vantare statistiche superbe.

4. L'importanza del trattamento del peduncolo nel pronostico della istero-miomectomia è stata esagerata.

5. Altre condizioni generali e locali meritano un'attenzione prevalente. Fra quest'ultime primeggia lo sviluppo infraligamentario che aggrava il pronostico e lo aggrava tanto più quanto più è voluminoso il tumore.

6. Nel considerare i risultati ottenuti con tutti i metodi, è necessario tener divisi i fibromi a sviluppo infraligamentario, dai fibromi delle altre varietà, sottosierosi, sottomucosi, interstiziali. In questa seconda classe la mortalità può considerarsi come rappresentata dal 5 per cento, sia col metodo esterno che con quello endo-addominale, e può presumersi che difficilmente la prognosi potrà essere ulteriormente migliorata colla asportazione totale addominale o addomo-vaginale.

7. Il metodo esterno deve cedere il campo, sempre salvo alcune eccezioni che il clinico determina, al metodo endo-peritoneale, essendo questo riuscito a dimostrare, come si possa ottenere con esso un procento altrettanto basso di mortalità, evitando gli inconvenienti del metodo extraperitoneale.

8. Il metodo di Zweifel per la sua semplicità e speditezza merita in via generale la preferenza. Lo scrivente fa però ancora qualche riserva circa l'uso del laccio elastico in sostituzione delle legature con seta, quando il laccio elastico sia ricoperto dai lembi peritoneali.

9. I fibromi a sviluppo infraligamentario presentano ancora una mortalità elevata, e per essi è tuttor aperta la questione quale dei metodi meriti la preferenza. In tale varietà, l'asportazione totale per via addominale potrà forse trovare vasto e utile campo di applicazione.

10. L'isterectomia vaginale applicata ai fibromi deve considerarsi come una preziosa conquista dell'arte, e mediante la forcipressura e lo spezzamento (*morcellement*) vede allargati di molto i suoi confini, ma non essendo una operazione di carattere universale, non può essere confrontata coi metodi antecedenti. Essa può sostituire utilmente la castrazione nei casi in cui questa è indicata, ed essere in via generale applicata con successo nei casi in cui l'utero non oltrepassi il volume di un utero gravido al quarto mese.

Prof. **Dimitri de Ott** (Saint-Pétersbourg) rapporteur:

Du traitement radical des fibromyomes de l'utérus.

Messieurs! — Le bureau d'organisation de la section de gynécologie du Congrès m'a fait un grand honneur en me nommant rapporteur pour ce qui concerne la myomectomie en général, et le mode de traitement du moignon après l'amputation sus-vaginale, en particulier.

En mettant à l'ordre du jour la question de myomectomie, le bureau s'est laissé guider, sans doute, par le grand intérêt que le perfectionnement de l'intervention chirurgicale dans les fibromyomes utérins présente pour tous les gynécologues contemporains.

Pour suivre le programme donné, je commencerai par une appréciation succincte des modes de traitement les plus adoptés des fibromyomes utérins pour passer ensuite à une analyse détaillée du traitement du moignon après l'amputation sus-vaginale, qui est le plus souvent indiquée dans la maladie en question. Dans le choix de tel ou tel mode d'action on ne saurait suffisamment être fixé sur le fait, qu'un traitement radical des fibromyomes utérins n'est possible, du moins, à l'état actuel des choses, que par l'extirpation totale, soit de la tumeur seule, soit avec une partie plus ou moins grande de la matrice. Toutes les autres méthodes proposées doivent être considérées comme des palliatifs, car notre science ne possède, jusqu'à présent, aucun remède qui puisse réellement anéantir les néoplasmes. De plus, quelques-unes des substances pharmaceutiques (seigle ergoté, etc.) exercent une influence fâcheuse sur l'organisme.

L'électrisation des fibromyomes (méthode d'Apostoli) tout en restant palliative, donne néanmoins, comparée aux autres palliatifs, les meilleurs résultats. A la catégorie des traitements peu satisfaisants appartiennent aussi, comme l'ont montré les observations cliniques, toute une série de manipulations opératoires, telles que la castration, le curettage, la dilatation forcée du col utérin, etc.; en un mot, toute manipulation qui n'attaque pas immédiatement la tumeur.

L'espoir d'une guérison spontanée, à l'age climatérique, se trouve presque toujours fausse; on y observe même souvent une aggravation des anciens symptômes.

Toutes ces données constituent une raison de plus contre le climax artificiel produit par la castration qui fait perdre à la malade ses ovaires sains. Tous les moyens mentionnés, n'étant toujours que palliatifs, exercent sur l'organisme, surtout si on en use pendant un temps plus ou moins prolongé, une action très funeste et provoquent des troubles profonds, qui assombrissent de beaucoup le pronostic de l'opération radicale, à laquelle on n'a, malheureusement, recours que dans les cas extrêmes. Si l'on soumettait à une opération radicale toutes les malades atteintes de fibromyomes de l'utérus, aussitôt après avoir constaté la progression des symptômes maladifs, et sans perdre le temps en application de remèdes palliatifs, l'intervention chirurgicale aurait à enregistrer des résultats beaucoup plus favorables que ceux qu'on a observés jusqu'à présent.

Je résume donc tout ce que je viens d'exposer dans la thèse suivante: « L'intervention opératoire radicale dans les fibromyomes utérins est indi-

quée toutes les fois que l'on a constaté une progression continue des symptômes, même si ces derniers ne présentent pas, au moment donné, un danger sérieux pour la vie de la malade. »

Le premier principe de toute intervention opératoire serait de tendre à conserver toutes les parties saines de l'appareil sexuel, en n'éloignant que les foyers altérés. Je ne m'arrêterai que sur les cas de fibromyomes interstitiels, nécessitant l'éloignement total ou partiel de l'utérus, car l'extirpation des fibromyomes sous-muqueux et sous-séreux ne présentent, dans la majorité des cas, aucune difficulté et donnent des résultats analogues à ceux de l'ovariotomie. Je dois signaler tout d'abord qu'une méthode chirurgicale, quelque parfaite qu'elle soit, ne peut jamais être appliquée indistinctement à tous les cas. L'individualisation stricte est indispensable pour obtenir des résultats favorables: les cas s'adaptant à l'extirpation totale de la matrice donneront des résultats mauvais lors de l'amputation sus-vaginale et vice versa. Il s'impose donc la nécessité d'établir des indications strictes pour chaque méthode opératoire. Prenant pour base la connaissance des cas traités par mes confrères aussi bien que mon expérience personnelle assez étendue, je tâcherai d'exposer les principes des indications différentielles qui dirigent actuellement mon activité clinique. L'extirpation totale de la matrice est justifiée dans tous les cas où le néoplasme envahit aussi le col utérin, où ce dernier est affecté d'un procès morbide, caractère septique ou autre, en un mot, où la conservation du col utérin peut s'opposer à la guérison complète de la malade. Je crois que dans tous les cas il est plus commode de détacher autant que possible les parties accessibles du côté du vagin, ce qui abrège considérablement l'espace de temps, pendant lequel la cavité abdominale reste ouverte. L'extirpation de l'utérus *in toto* (ou, d'après la proposition de Péan, « par morcellement »), pratiquée par la voie vaginale, est de beaucoup préférable aux autres méthodes opératoires, autant que faire se peut. Les résultats excellents qu'on obtient par l'extirpation vaginale (donnant, par exemple, dans ma clinique un 0 pour cent de mortalité[1]) m'autorisent à élargir le cercle de ses indications, en l'étendant aux fibromyomes, qui ne nécessitent pas d'une manière absolue l'éloignement du col utérin. La seule condition de son application immédiate est la possibilité de son exécution dans le cas donné. Il en est tout autrement quand on est obligé d'ouvrir la cavité abdominale pour être en mesure d'éloigner la matrice. Dans ces cas, si l'on a la possibilité de choisir son procédé opératoire, l'amputation sus-vaginale est préférable à l'extirpation totale de l'organe, parce qu'elle donne actuellement les résultats les plus favorables, et ceci même malgré l'amélioration, dans les derniers temps, de la cœliohysterectomie. Les résultats obtenus par moi et quelques-uns de mes confrères, comme, par exemple, M. H. Treub, Kocher, etc., qui pratiquent l'amputation sus-vaginale de l'utérus fibromateux selon la méthode moderne simplifiée, m'autorisent à formuler cette conclusion. Je me permets donc, messieurs, de vous exposer les temps successifs de cette hystéro-myomectomie sus-vaginale simplifiée, qui contribue à diminuer considérablement le taux de mortalité après l'intervention opératoire.

[1]) Près de cent opérations.

La malade étant chloroformisée, et après avoir soigneusement désinfecté le vagin à l'aide d'une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$, je pratique, à l'aide d'une curette tranchante, le curettage de la cavité cervicale, ainsi que du segment inférieur de l'utérus. Si le canal cervical est trop étroit pour que

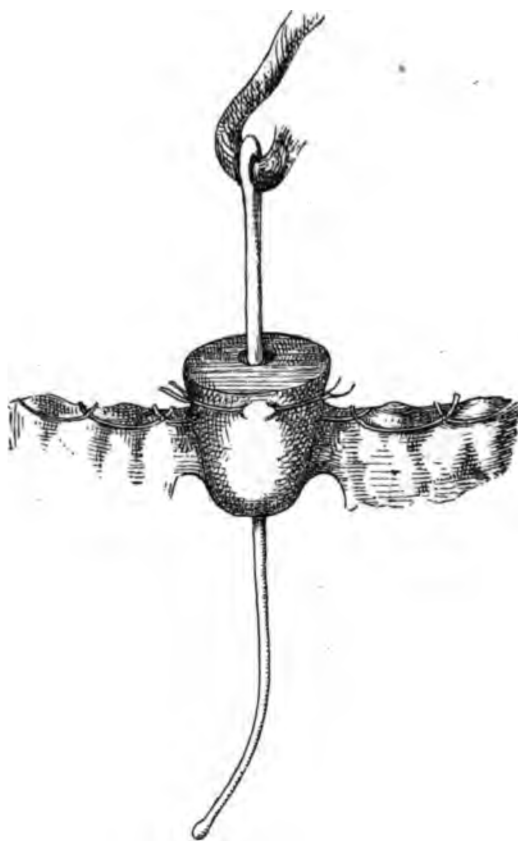


Fig. 1.

l'instrument puisse le franchir, j'en fais la dilatation immédiate au moyen des dilatateurs de Hegar. Le curettage étant terminé, je désinfecte la cavité cervicale avec la même solution de sublimé, après quoi je cautérise la surface interne du col, aussi haut que possible, à l'aide du thermocautère de Paquelin. Je termine ce temps opératoire, qui ne dure qu'une dizaine de minutes, en tamponnant le vagin avec de la gaze iodoformée. Je pratique ensuite l'incision des parois abdominales, je tire au dehors la tumeur, formée par la matrice fibromateuse, et je fais la ligature des ligaments larges (fig. 1), que je sectionne partiellement. Je tâche de com-

primer dans la dernière de ces ligatures une partie du tissu utérin, pour assurer ainsi la compression complète de l'artère utérine, ce qui permet même de se passer de l'application d'un lien en caoutchouc. Les ligatures étant faites, j'ampute l'utérus suivant un plan perpendiculaire à son axe vertical, je cautérise la cavité du col utérin resté après l'opération et je touche superficiellement toute la surface de section avec le thermocautère. Enfin, si les ligatures décrites plus haut (fig. 1) des artères utérines ne suffisent pas pour assurer une hémostase complète, je passe, comme le montrent les figures schématiques ci-jointes (fig. 2), au travers du pédicule, d'avant en arrière, à environ un demi ou un centimètre plus bas de la surface de section et dans le voisinage du canal cervical, sans y pénétrer pourtant, deux fortes ligatures, placées l'une à droite, l'autre à gauche, et nouées du côté respectif où elles ont été appliquées. Ces deux ligatures étreignent ainsi en deux portions, l'une droite et l'autre gauche, presque toute la masse du tissu du col utérin. Placées ainsi, ces ligatures ne compriment point le canal cervical, qui reste perméable dans toute sa lon-



Fig. 2.



Fig. 3.

gueur. Il reste également en avant et en arrière deux petites portions de tissu utérin non comprimé dans les ligatures. Si le col était par trop volumineux et que l'on eût à craindre une hémorragie provenant de ces tissus non comprimés, il suffirait de mettre deux nouvelles ligatures, coupant la première à angle droit, et une hémostase complète serait assurée. L'avantage de ces ligatures, ainsi placées, consiste en ce qu'elles compriment, sans exception, tous les vaisseaux sectionnés s'ouvrant à la surface du moignon, et que le canal cervical n'est pas comprimé, comme dans le procédé de Kocher (fig. 3), mais reste ouvert pour le libre écoulement des sécrétions. J'introduis ensuite, à l'aide d'une longue sonde munie d'un œil à l'une de ses extrémités, de haut en bas, dans toute la longueur du col utérin, une mèche iodoformée (fig. 1), dont le bout ne surpasse

pas la surface de section. Après avoir passé la mèche on ne recouvre pas le moignon du col du péritoine (H. Treub), qui n'est plus exposé ainsi à aucune manipulation ultérieure.

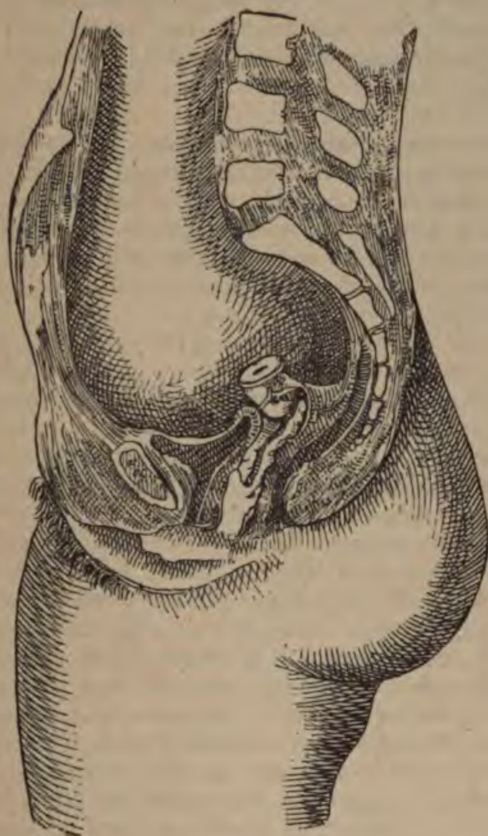


Fig. 4.

Le moignon étant replacé dans le ventre, je suture l'incision abdominale et je tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée, mise en rapport avec le bout intérieur de la mèche (fig. 4). Celle-ci est retirée le quatrième ou cinquième jour après l'opération.

Les avantages des modifications que j'ai introduites dans les temps successifs de l'hystéro-myomectomie me paraissent pouvoir être résumés ainsi:

1. La durée de l'opération est considérablement abrégée, grâce à la simplicité extrême de la méthode (le moignon reste sans revêtement, le procédé pour prévenir l'hémorragie subséquente est très simple), ce qui

diminue les chances d'infection pour la malade et s'oppose à la production du shock. Ce procédé tend, en outre, à rapprocher cette opération à une simple ovariotomie; la différence ne consiste que dans la manière d'appliquer les ligatures et de désinfecter le pédicule, ce qui est déterminé par la nature même du pédicule.

2. L'antisepsie des parties est plus parfaite, tout le canal génital est soumis à une désinfection complète: désinfection préalable de la muqueuse par des moyens mécaniques et chimiques, emploi du fer rouge et, enfin, drainage du canal cervical à l'aide d'une mèche iodoformée, assurant l'écoulement facile des sécrétions.

Le traitement du moignon utérin que j'ai introduit (cautérisation, ligatures, perméabilité du col, drainage, etc.) établit une différence essentielle entre ma méthode et celle des autres auteurs.

En laissant, grâce au drainage, le canal cervical perméable, j'évite toute rétention éventuelle des produits septiques, et j'ai plus de chances d'obtenir la fermeture prompte et aseptique du canal au niveau de la coupe par le procédé plastique réactif.

3. L'hémostase complète n'est pas plus difficile à obtenir que celle qu'on réalise par la ligature du pédicule épais d'un kyste, en le divisant en plusieurs parties. On peut, en outre, appliquer des ligatures isolées sur chaque bout de vaisseau un peu volumineux.

4. Les soins à donner à la malade dans la période post-opératoire ne diffèrent pas sensiblement de ceux auxquels on a recours dans les méthodes intra-abdominales ordinaires, et ils sont d'une grande simplicité.

Je n'ose pas, messieurs, abuser de votre bienveillante attention par la description de tous les cas que j'ai opérés; je me bornerai à signaler les résultats définitifs de 24 cas, opérés par le procédé que je viens de décrire. Je n'ai eu qu'un seul décès, soit une mortalité de 4.3 pour cent, tandis qu'avant la mise en pratique de ce procédé la mortalité, dans 31 cas d'hystéro-myomectomie sus-vaginale, était de 24.4 pour cent.

Je voudrais désigner le procédé opératoire que je viens de décrire sous le nom de hystéro-myomectomie selon le type de l'ovariotomie. Le revêtement du pédicule par le péritoine que l'on a abandonné dans l'ovariotomie en est également exclu. La communication temporaire de la cavité abdominale avec l'air ambiant ne produit, en pratique, aucun effet fâcheux, ainsi que le montrent d'ailleurs les résultats brillants de l'extirpation vaginale de la matrice, opération où l'ouverture entre la cavité péritonéale et le vagin est de beaucoup plus large. Les donneés expérimentales démontrent que le canal cervical se ferme à la surface de section en un laps de temps très court après l'opération. La grosseur et la vascularisation du moignon n'empêchent en rien le procédé opératoire sus-indiqué, procédé qui s'adapte même facilement à l'amputation sus-vaginale de la matrice enceinte, ainsi que je l'ai pratiqué dans deux cas.

En terminant ma communication, je crois pouvoir caractériser l'état actuel de la question de la myomectomie, comme ayant atteint, dans son développement, de grands succès qui nous permettent de sauver la vie à des malades qui, tout récemment encore, auraient été condamnées à une mort certaine. Le Congrès international actuel témoigne d'une manière évidente les progrès faits sous ce rapport. Nous avons le ferme espoir

que le douzième Congrès international sera en mesure de constater des progrès plus brillants encore, dans le traitement radical des fibromyomes de l'utérus.

Prof. G. G. **Bantock** (London):

A new method of operation in certain cases of supra-vaginal hysterectomy.

In a paper which I read before the American Gynecological Society, in 1887, I detailed the steps by which I had been led into the adoption of the extra-peritoneal method of treating the pedicle in abdominal hysterectomy, in preference to the intraperitoneal method. I then pointed out that in my first case (Nov. 1878) I adopted a method which, in its essentials, was that which was subsequently popularized by Schroeder, and which, even now, has its advocates.

I related how failure to arrest bleeding from the stump of a pedunculated fibroid, by means of the ligature and suture, in more than one case of large pedicle, compelled me to have recourse to the extra-peritoneal method, with successful results, and how the slipping of the ligature in two cases of small pedicle, with a fatal result in each, confirmed me in the determination not to employ the intra-peritoneal method, if I could by any means avoid it. I pointed out how simple and safe was the operation of supra-vaginal hysterectomy, in cases where the broad ligaments were long and the uterus could be raised well out of the pelvis: that while, in some cases, the immediate application of the *serre-nœud* was possible without any preparation, in others it was necessary to make a pedicle for one's self; and I described the method I adopted in the latter case, that is to say, when the broad ligaments were short and it was incumbent to gain such increase in the lenght of the pedicle as would make it possible to apply the serre-nœud.

A method which consisted in first securing the broad ligaments, either temporarely by means of forceps or elastic ligature, or permanently by an ordinary transfixing ligature on each side, then dividing them near the uterine cornua, so as to allow the uterine body to be raised up, and finally applying the serre-nœud when sufficient length of pedicle had been thus obtained. But I soon found that this did not suffice for some cases, as for example, when the lower segment of the uterus and one or both broad ligaments were involved, and it then became necessary to develope the operation in the same direction. It is this further development I now desire to bring to your notice.

For the purpose of description and as illustrating the way it came about, it will be convenient to describe the first case in which I adopted the method.

The tumor was an example of the multiple fibroid variety, of somewhat globular form, much nodulated, and occupying the abdomen from the pubes to midway between the umbilicus and the sternum, and weighing about six pounds. The cervix was somewhat elevated, of nearly an inch

in length, and passed at once into the abdominal mass, which, on its pelvic aspect, presented the same nodular character. On the left side, one nodule, the size of a hen's egg, stood out as if quite separate, and occupied a position between the layers of the broad ligament below the level of the *os externum*.

On delivering the tumour through an abdominal incision, about seven inches long, several small subperitoneal fibroids were brought into view, low down on the posterior aspect, and it was at once evident to me that a different method must be adopted from any I had hitertho employed. After the application of a temporary elastic ligature around the mass, as near its base as possible, the peritoneum was divided all round, about three inches in advance of the elastic ligature. The largest mass was now shelled out together with several smaller fibroids, and the uterine body, which was found to occupy a central position, was then separated from its loose connections, in front with the bladder and at the sides with the broad ligaments, and posteriorly from its peritoneal covering by careful dissection, leaving a thin layer of uterine tissue attached to it, and shelling out, in the process, some of the small subperitoneal fibroids already mentioned.

When the uterine body was thus isolated as low as the level of the elastic ligature — about that of the internal *os* — the serre-nœud was at once applied and the uterine body cut away. When the temporary elastic ligature was removed, the raw surface was free from bleeding and it was evident that the uterine arteries were under the control of the serre-nœud. It was necessary now to secure union between the parietal and visceral peritoneums. For this purpose several sutures, involving peritoneum only, were employed to stitch them together, and, to prevent retraction, double sutures were used, one at the lower angle of the wound, next the pubes, and two on each side passing through the whole thickness of the parietes, and tied over a small roll of gauze, to prevent their cutting through the skin. At the angle of the parietal wound, above the stump, the peritoneal edges were secured to that part of the envelope which covered the back of the uterus by two interrupted sutures, the first of which caught up the parietal peritoneum a quarter of an inch from the edges, the second involving the edges only, thus forming a sort of collar around what may, for convenience sake, be called the stump. The remainder of the wound was closed in the ordinary way.

Thus the whole of the raw surface was outside the peritoneal cavity. The sac, thus formed, was packed with iodoform gauze. The small tumour springing from the left side of the uterus, below the level of the elastic ligature and serre-nœud, was left undisturbed and gave no subsequent trouble.

The complete success of this cure opened up a new field of operation, and instead of rejecting as unsuitable for operation, by any method short of complete extirpation, cases in which the lower segment of the uterus, or even the cervix itself was involved, I was enabled to attack them on a definite plan, subject to variation in the details according to circumstances. It would be wearisome to multiply cases, for while the principle is the same, the details are very variable.

The essential steps of the operation, then, are to secure the broad ligaments, and if possible, the uterine arteries by ligature; to apply a temporary elastic ligature around the base of the tumour; to divide the peritoneal envelope of the uterus all round, about 2 to 3 inches in advance of the temporary ligature; to isolate the uterine body down to the level of the internal os, and there apply the serre-nœud or permanent elastic ligature; to arrest any bleeding that may occur on removing the temporary elastic ligature; finally to secure the uterine envelope to the parietes by double sutures and then remove any redundancy of tissue and pack the cavity with iodoform and absorbent gauze, after closure of the parietal wound. The ovaries may be removed at any convenient stage of the operation. The redundant portions of the uterine envelope are best removed by means of Paquelin's cautery.

I may be asked what my justification is for bringing this method to the notice of my professional brethren, or on what grounds, I base my recommendation of it. My answer is: the low mortality that has hitherto attended the operation. Although the method has been reserved for the most difficult cases, in which it was not possible to employ any other extra-peritoneal method, and in which the intra-peritoneal method or complete extirpation would be unusually difficult, the mortality, so far, stands at one death in 23 operations. Nor can even that one death be fairly attributed to the mode of operation; for when the patient first came under my observation, the evidence of serious kidney disease was so marked that I refused to operate. At the end of six weeks, under careful dietetic combined with medicinal treatment, the amount of albumen in the urine had diminished so much, and the general condition of the patient had so improved that I was induced to give her the benefit of the doubt. This was so far justified in that the patient made very satisfactory progress after the operation, with the exception of the character of the urine, and it was not till the 16[th] day that the kidneys gave sign of failure. The patient died within 24 hours thereafter.

This method compares favourably with complete extirpation as regards facility of execution, and with the intra-peritoneal method also as regards final results. There is only one point in which it compares unfavourably with the latter, and that is as regards the period of convalescence. I admit most freely that when a patient does recover favourably after operation by the intra-peritoneal method, the period of convalescence is one, two, or even three weeks shorter that that which we obtain under similar conditions by the extra-peritoneal method. But one can hardly put a loss of even three weeks into comparison with the loss of a life or lives.

At the meeting, to which I referred in my opening sentence, and in reply to a very distinguished gynecologist, my friend Dr. Aug. Martin, who then advocated the intra-peritoneal method, I pointed to the superiority of my results by the extra-peritoneal, and said that I was quite content that he should continue his method while I should continue mine, leaving it to the future to decide between us. Dr. Martin has abandoned his operation while I have been more confirmed in mine.

I have only to add that my total mortality with the extraperitoneal method, in 166 cases, is 15 per cent; that in the first half the mortality was

18 per cent and in the second half only 12 per cent; and that in the last fourth it was as low as 6 per cent, or a loss of 3 out of 44 — these three including the death from Bright's disease already mentioned.

When it is borne in mind that I do not operate in more than a fourth of the cases that come under my observation, and only in those cases in which the life of the patient is in danger from haemorrage or degeneration of the tumours — usually cystiform, or in which the sufferings of the patient are such as to demand surgical interference, I think my recent results may be considered satisfactory.

Doct. C. **Jacobs** (Bruxelles):

Hystérectomie abdomino-vaginale par forcipressure dans les gros fibromes utérins. Nouvelles pinces à forcipressure.

L'extirpation totale de l'utérus (corps et col) dans les gros fibromes utérins est le désidératum vers lequel tendent tous les procédés mis en pratique par les chirurgiens. Eviter les différents traitements du pédicule, rendre l'opération rapide à fin d'obtenir le minimum de *shock* opératoire, faire perdre le moins de sang possible aux malades, le plus souvent très anémiées, telles sont les causes principales qui engagèrent les chirurgiens à rechercher des méthodes opératoires nouvelles qui puissent les réaliser.

Mon intention n'est pas de vous décrire les nombreux procédés en usage. Je veux vous démontrer rapidement une méthode que j'emploie depuis quelques mois, chaque fois que son exécution est possible, et qui me donne de très bons résultats. Ce procédé réalise l'hémostase complète, s'exécute très rapidement et les suites en sont de courte durée.

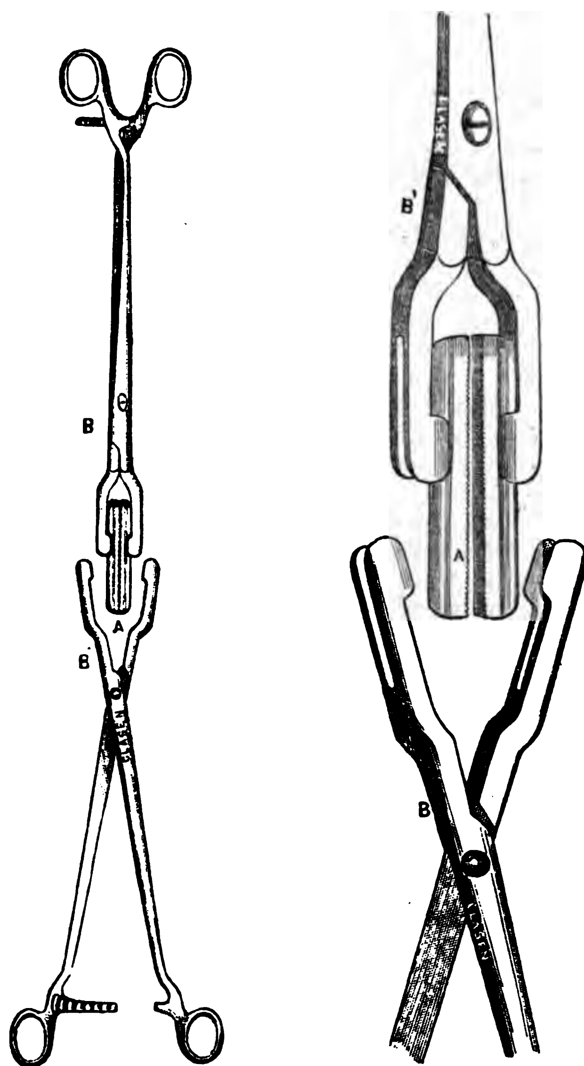
1er temps. — Je débute par le premier temps de l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire par l'incision, au thermo-cautère, de la muqueuse des culs-de-sac vaginaux. Je parviens presque toujours à ouvrir facilement le cul-de-sac de Douglas, mais souvent, dans le cul-de-sac antérieur, je dois me contenter de l'ouverture du cul-de-sac vaginal et du décollement de la vessie sans ouverture du péritoine. Je place immédiatement deux pinces longuettes sur les artères utérines, en saisissant les tissus jusqu'à la base des ligaments larges. Quelques coups de ciseaux isolent rapidement le col.

2e temps. — Coéliotomie. Les parois abdominales ouvertes, la tumeur utérine est attirée au dehors. Je place, par l'ouverture abdominale, sur chaque ligament, une pince à forcipressure spéciale, dont l'extrémité des mors vient rejoindre les pinces vaginales placées sur les artères utérines. Ces pinces sont placées en dehors des annexes. J'ouvre le péritoine au devant de la vessie, j'isole celle-ci de l'utérus et j'incise les ligaments en dedans des pinces hémostatiques.Tout l'utérus est extrait en bloc (corps et col) par l'abdomen.

3e temps. — Par un mécanisme spécial, je remplace rapidement les branches des pinces hémostatiques placées sur l'abdomen par des branches que j'introduis par le vagin.

Toilette abdominale, suture des parois et pansement vaginal.

Ce procédé s'exécute avec une très grande rapidité, et la malade ne perd souvent qu'une cuillerée à soupe de sang. Ces pinces sont enlevées après 48 heures, et la guérison est aussi simple et aussi rapide qu'après une hystérectomie vaginale.



Les pinces spéciales à mors libres, construites par M. Clasen de Bruxelles, se composent de deux mors libres semblables aux mors des fortes pinces à forcipressure de Péan. Ces mors sont montés sur des paires de branches qui peuvent se remplacer sans rien enlever à la force de résistance de l'instrument et, par conséquent, à la sécurité.

Un mécanisme particulier permet la substitution, sans secousses, et l'enlèvement de l'instrument, après 48 heures, dans les mêmes conditions que celui des pinces à forcipressure utilisées dans l'hystérectomie vaginale. (Voir figure).

J'ai essayé ce procédé plusieurs fois déjà, et toujours les résultats ont répondu à mon attente. C'est ce qui m'a engagé à vous le présenter.

Prof. **J. Péan** (Paris):

De l'ablation de certains grands fibromyomes interstitiels du corps de l'utérus par la voie périnéo-vagino-rectale.

La nécessité de l'ablation des fibromyomes interstitiels et souspéritoneaux du corps de l'utérus, après avoir été longtemps contestée, est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens exercés. Cette révolution, pour laquelle nous avons contribué de toutes nos forces, est entièrement due aux perfectionnements qu'ont été successivement apportés au manuel de ces sortes d'opérations. A l'époque où celles-ci étaient, à juste titre, regardées comme périlleuses, le chirurgien n'était autorisé à intervenir qu'au moment où la vie était compromise par des troubles fonctionnels de la plus haute gravité et surtout par le grand volume de la tumeur. C'est de ce temps que datent les succès obtenus par l'hystérectomie et la myomectomie abdominales.

En étudiant de près les faits, à mesure qu'ils se multiplient, je ne tardai pas à reconnaître que la plupart de ces tumeurs donnent lieu à des complications qui rendent la vie intolérable et qui la mettent en péril avant qu'elles aient acquis un aussi grand volume. C'est même pour ce motif que je n'hésitai pas, dès 1882, à les enlever de bonne heure par la voie vaginale chez des malades mourantes d'hémorragies, et que je présentai l'année suivante, à l'Académie de Médecine de Paris, une monographie dans laquelle j'ajoutai d'autres faits semblables tirés de ma pratique. Dès cette époque, en effet, je tenais à faire valoir les raisons qui militaient en faveur d'une prompte intervention.

Longtemps repoussée, vivement combattue, cette opinion finit par triompher. Aujourd'hui, malgré les luttes que j'ai dû soutenir pour la défendre, elle est si bien acceptée que quelques chirurgiens cherchent à m'en disputer le mérite ou à mettre à leur actif mes méthodes opératoires, preuve que la cause était bonne et qu'elle est bien près d'être gagnée.

En résumé, dès qu'un fibrome du corps de l'utérus est reconnu, quelque soit son siège, on l'enlève par la voie abdominale, quand il est volumineux, en s'aidant de la ligature élastique, du pincement préventif, des ligaments larges et du morcellement de la tumeur, ou par la voie vaginale, quand il est moins gros, en ayant recours au pincement des ligaments larges, ainsi qu'au morcellement de l'utérus et de la tumeur.

Dans ces deux conditions, il faut donner la préférence aux procédés qui permettent le mieux de conserver la matrice si on a pu la ménager, de l'enlever, au contraire, en même temps que la tumeur, si l'opération a entraîné du côté de cet organe de trop grands délabrements.

Mais il est des cas qui, pour être exceptionnels, n'en méritent pas moins d'appeler l'attention du chirurgien s'il est vraiment soucieux de ne rien négliger pour faciliter son intervention. Nous voulons parler de certains fibromes interstitiels qui prennent naissance sur la face postérieure de l'utérus et qui, en grossissant, descendent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, en obstruant le fond du vagin et en refoulant le col de l'utérus au point qu'il est impossible de les mettre à nu, de les abaisser et de les fragmenter.

En pareils cas, le mieux est de les aborder au moyen d'une incision faite à travers le périnée et la cloison rétro-vaginale jusqu'au péritoine.

Voici comment il convient de procéder:

Au moyen de deux pinces à mors longs et dentés, je saisis fortement le périnée et la cloison recto-vaginale, avec l'un des mors engagé dans le vagin, l'autre dans le rectum. L'hémostase préventive ainsi obtenue, je coupe à sec les tissus dans leur intervalle, sur la ligne médiane, sans perdre de sang. Au besoin je place deux nouvelles pinces au-dessus des précédentes, si cela est nécessaire, pour atteindre la partie inférieure de la tumeur. Ces pinces sont confiées aux aides et servent de rétracteurs.

Dès que la partie inférieure de la tumeur est mise à nu, elle apparaît entre les muqueuses du vagin et du rectum qu'elle a dissociées. Aussitôt le chirurgien la saisit avec nos pinces à mors dentés, l'abaisse, la morcelle et l'extrait par fragments.

Au cours et à la fin de l'opération, il pince avec nos longuettes les vaisseaux les plus importants qui entourent la tumeur. Ces pinces sont elles-mêmes retirées après quelques minutes ou après quelques heures, suivant le volume de ces vaisseaux. Enfin l'on place à demeure dans la vaste cavité laissée par la tumeur, un gros tube élastique, fenêtré, en canon de fusil et quelques éponges iodoformées, ou salolées, solidement attachées avec un gros lien de soie. Ces éponges sont retirées, au bout de deux ou trois jours. Passé ce temps, il suffit de faire des injections antiseptiques par le tube élastique.

L'opération terminée, on réunit les muqueuses rectale et vaginale avec des surjets de catgut et les tissus intermédiaires avec des anses séparées de crins de Florence conduits transversalement à travers le périnée avec notre aiguille à manche. De la sorte l'opération est rapidement exécutée et suivie de la réunion par première intention.

La voie opératoire que nous venons d'indiquer nous a depuis longtemps permis d'enlever des tumeurs cancéreuses qui avaient pris naissance à la partie la plus élevée de la face postérieure du vagin, ou sur la face antérieure du rectum.

Mais il est bien entendu, en ce qui concerne les fibromes utérins, qu'elle doit être réservée pour les cas exceptionnels où l'ablation directe par le vagin n'est pas applicable.

Il y a quelques années, j'étais parvenu à enlever des tumeurs semblables par la voie ischio-vaginale, c'est-à-dire en passant avec le bistouri dans l'espace qui sépare le vagin de la face interne de l'ischion.

Quelques chirurgiens seraient peut-être disposés à préférer la voie sacrée pour atteindre les fibromes qui nous occupent. Mais l'expérience m'a démontré que la voie trans-périnéo-recto-vaginale permet plus facile-

ment, et avec moins de délabrements, de les aborder, de les mettre à nu, et de les enlever par morcellement toutes les fois qu'il s'agissait des fibromes qui nous occupent, c'est-à-dire de ceux qui, nés en arrière ou sur le côté de l'utérus, descendent au-dessous du péritoine pelvien en dédoublant la cloison recto-vaginale, en refoulant le col utérin, et en obstruant le vagin si bien qu'il est impossible de les aborder directement par ce canal.

Pour ce motif nous nous proposons d'adopter les conclusions suivantes:

1° Toutes les tumeurs fibreuses sous-muqueuses et interstitielles du corps de l'utérus doivent être enlevées de bonne heure;

2° Au cours de leur ablation, il faut donner la préférence aux procédés qui permettent d'extirper la tumeur tout en conservant l'utérus;

3° En pareil cas on doit aborder la tumeur par la voie abdominale quand elle est volumineuse, par la voie vaginale quand elle est de petite ou de moyenne grosseur;

4° Si son ablation nécessite une mutilation trop grande de l'utérus, on doit recourir de préférence aux procédés qui permettent le plus facilement d'enlever en totalité l'utérus et les annexes;

5° Exceptionnellement, on peut recourir à la voie trans-périnéo-recto-vaginale, lorsque les fibromes descendent dans l'épaisseur de la cloison recto ou vésico-vaginale, obstruent la partie supérieure du vagin et rendent la voie vaginale inaccessible;

5° Cette opération préliminaire permet d'enlever rapidement ces sortes de fibromes, grâce au morcellement, lors même qu'ils remontent aux fosses iliaques et à l'ombilic;

6° Elle permet également, quand elle est suivie de la fermeture méthodique des tissus divisés et de pansements antiseptiques, d'obtenir rapidement et sans danger des guérisons dans des cas qui auraient été déclarés inopérables par d'autres voies.

Dr. **L. Landau** (Berlin):

Ueber Myomotomie.

Die Resultate, welche ich Anfangs mit der intraperitonealen Stielbehandlung bei der Hysteromyomotomie hatte, waren so günstige — in einer Serie von 30 Fällen starb nur 1 — dass ich kaum glaubte, jemals zu einer andern übergehen zu müssen. Allein die Resultate blieben nicht gleichmässig. Ich kam zum Schlusse, dass der zurückgelassene Stumpf die Ursache sei, und dass man bei diesem Verfahren zwischen zwei Klippen schwebt. Unterbindet man zu fest, so gangränirt der Stumpf leicht; unterbindet man nicht fest, so ist die Gefahr der Hämorrhagien eine sehr grosse, und wenn man auch durch thunlichste Verkleinerung des Stumpfes beide Gefahren vermindert, so hat man den günstigen Ausgang dennoch nicht in der Hand.

Diese Gründe veranlassten mich, mich nach einem anderen Verfahren umzusehen, und dieses war mir sofort gegeben, seit ich anfing nach dem Vorgang von Péan auch bis zum Nabel reichende Myome sammt Uterus per vaginam durch Zerstückelung zu exstirpieren.

Diesen Weg habe ich dann auch für die den Nabel überschreitenden Myome beschritten. Erst Bauchschnitt; dann wenn angängig rapide Enu-

cleation des oder der Myome, provisorisch Blutstillung, dann Exstirpation des Stumpfes, wie gewöhnlich durch die Scheide.

Häufig kann man mit der Blutstillung mittelst Klemmer warten, bis die Entfernung vollzogen, unter Umständen ist es zweckmässig praeventiv zu klemmen.

Einen besonderen Werth bei diesem Verfahren lege ich darauf, dass die Peritonealhöhle nicht vollkommen geschlossen wird, und dass eventuell angelegte Ligaturen (an der Art.sperm.) durch die Scheide herausgeleitet werden.

Schluss

Da wo die Hysteromyomotomie überhaupt indicirt ist soll man:

1. Bei Tumoren, welche etwa bis zum Nabel reichen, die Hysteromyomotomie durch Zerstückelung per vaginam ausführen;
2. Bei Tumoren, welche die Nabelhöhe übersteigen, auf abdominalem Wege durch rapide Enucleation des oder der Myome den Stumpf verkleinern und diesen per vaginam exstirpieren.
3. Werden bei der Verkleinerung die Adnexa unterbunden, so soll man die Ligaturen lang nach der Scheide herausleiten.
4. Es ist nicht zweckmässig, die Peritonealhöhle ganz abzuschliessen.

Assume la presidenza il Prof. Simpson (Edimburgo).

Prof. **A. Carle** (Torino):

Contributo allo studio dei risultati della miomectomia.

Nella cura dei fibromiomi dell'utero io limito l'intervento chirurgico ai casi in cui l'emorragia, i dolori, i disturbi della vescica e del retto rendono indispensabile l'operazione. Difatti su 280 ammalate di mioma presentatesi al mio ambulatorio solo 114 furono operate.

Esse sono così ripartite:

	Casi	Guariti	Morti
Laparomiomectomia con peduncolo extra-peritoneale .	11	10	1
Id. id. intraparietale . .	9	8	1
Id. id. affondato . . .	52	47	5
Isterectomie totali dall'addome (metodo proprio) . .	20	20	0
Id. dalla vagina.	11	11	0
Totale . . .	114	107	7

La isterectomia totale dell'addome che comprende gli ultimi casi da me operati è alquanto diversa da quella del Martin, inquantochè io faccio l'enucleazione sottoperitoneale di tutto l'utero, ed allacciate le uterine all'infuori del tumore, disseco circolarmente il collo fino all'inserzione della vagina, sulla quale, un ctm. circa al disotto del muso di tinca, applico un compressore. Esposto allora il tumore resecando le pareti della vagina, suturo quest'ultima introflettendo i margini cruenti verso il suo lume e tolgo quindi il compressore. Fatta poi l'emostasi, suturo la saccoccia imbutiforme dell'involucro siero-muscolare dalla quale ho enucleato l'utero

comprendendovi i monconi dei vasi utero-ovarici, cosicchè non resta nel peritoneo nessuna soluzione di continuità. La chiusura preventiva della vagina ci permette di applicare questo metodo anche nei casi in cui la sua disinfezione non può farsi accuratamente come ebbimo noi l'occasione di provare su donne vergini e in una con infezione uterina grave e febbre a 40°. In quest'ultimo caso la febbre cessò immediatamente dopo l'operazione nè si manifestarono sintomi di reazione peritoneale.

Prof. **V. Lauro** (Napoli):

Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia.

Non riferisco i criterii che mi menarono a dichiarare preferibile il metodo intraperitoneale, scartando addirittura il metodo misto.

La dimostrazione di questa preferenza trovasi nel fatto che il metodo extraperitoneale non evita gli inconvenienti per cui fu creato, esponendo altresì a conseguenze post-operatorie che devono esser prese in grande considerazione, e ad accidenti che non devono essere dimenticati.

I criterii su cui fondai il poco o nessun valore delle statistiche, così come fin oggi le abbiamo possedute e consultate, e che voi leggerete nel resoconto ufficiale di questo Congresso, sono stati esposti dal professore Mangiagalli, nè io vorrò ritornarvi sopra; mi sia lecito però di dire che son contento che le mie idee riscontrino l'appoggio valevole d'un ginecologo valoroso come il professore Mangiagalli, che alla dottrina aggiunge una esperienza personale di gran conto, esperienza che unitamente a quella di coloro che gli somigliano deve entrare a formar parte dei criterii guidatori dei ginecologi meno innanzi nel campo della pratica.

Ma di ciò non tenendo conto io medesimo raccolsi una statistica del tutto recente e comprendente i casi operati dopo il risorgimento della chirurgia segnato dalla introduzione dell'antisepsi e dell'asepsi non compresi nelle precedenti raccolte, e potei a 412 casi trattati col metodo intraperitoneale con una mortalità del 12.7 per cento contrapporne 313 governati extraperitonealmente con una mortalità del 17.8 per cento.

Io non voglio neanco fare innanzi a voi la critica dei processi, mi importa molto però richiamare l'attenzione vostra sulla formazione del lembo peritoneale posteriore nella esecuzione del processo di Schröder, come pratica il mio maestro, il professore Morisani.

L'angustia del tempo mi obbliga a riassumere in tante proposizioni conclusionali ciò che diffusamente io dimostrai nel mio lavoro, e queste suonano come appresso.

1. La quistione lungamente dibattuta sul trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparoisterectomia sopravaginale è oramai completamente risoluta.

2. Il metodo misto non merita nello stato attuale della scienza e della pratica, di entrare in discussione; esso va in ogni caso scartato, e di esso i ginecologi fecero già giustizia.

3. Il merito extraperitoneale è passibile di gravi appunti, e predispone l'operata ad accidenti post-operatorii: con esso non si riesce neanche a scongiurare gli accidenti per cui fu creato, voglio dire l'emorragia e la sepsi.

4. Le statistiche, così come finoggi furono redatte e le possediamo ancora, non rappresentano un adeguato mezzo di comparazione per stabilire con esse, come base, a quale dei metodi spetti la preferenza.

5. Ma anche non tenendo nel conto che merita la conclusione precedente, le statistiche dimostrano, nella attualità della pratica ginecologica, come la mortalità ottenuta, ai giorni nostri, col metodo extraperitoneale, superi quella che si ottiene col metodo rivale.

6. Le statistiche dimostrano perentoriamente come l'uso dello affondamento del peduncolo sia più accettato e più estesamente messo in pratica, che non l'altro.

7. Il trattamento intraperitoneale resiste valorosamente a tutti gli appunti mossigli, e presenta, nel paragone col metodo rivale, vantaggi grandissimi e numerosi.

8. Lo affondamento del peduncolo rappresenta ai nostri giorni il metodo di elezione nella grandissima maggioranza dei casi: esso cede il posto al metodo di fissazione extraddominale, nei soli casi in cui si debba asportare un utero miomatoso, in preda a processo infiammatorio stabilito *in loco*, e non ancora generalizzato; nel qual caso sarebbe controindicato l'atto operativo.

9. Il metodo della estirpazione totale della matrice, per quanto pur rappresenti un ideale operatorio, nella attualità della scienza e della pratica, non può essere adottato come operazione di massima, eseguibile in ogni caso in cui sarebbe indicata l'isterectomia sopravaginale. Ad essa bisogna far ricorso in caso speciale e ben determinato, quando anco il collo dell'utero è invaso da neoplasia; nel quale il processo da seguirsi finoggi è quello del Martin.

10. Nei rari casi considerati nella seconda parte della conclusione ottava (cioè quando si estirpano uteri miomatosi infiammati ed in sfacelo) il processo da mettersi in pratica è quello di Hegar, poichè da esso soltanto è lecito augurarsi maggior garanzia di riuscita.

11. Nella pratica del metodo intraddominale, il processo che fra tutti mostrasi migliore è quello di Schröder, colla modifica del lembo peritoneale posteriore.

12. La legatura individuale e separata delle bocche vascolari beanti, non ostante la legatura in massa, caldeggiata nella tecnica operatoria dal professore Morisani, nel trattamento del peduncolo alla Schröder, rappresenta un perfezionamento di gran valore.

13. Il processo Kleeberg-Olshausen non merita più d'esser messo in atto, meno nei casi di tumori telengettasici assai pronunziati. La clinica ha oramai luminosamente dimostrato, come in conseguenza d'un tale governo del peduncolo, si verifichi quasi fatalmente l'espulsione del laccio e della porzione strozzata del peduncolo.

14. Una simile eliminazione, non solo dà reazione locale e generale, ma prolunga indefinitamente il decorso post-operatorio, senza andare esente assolutamente da pericolo di insuccesso.

15. I processi componenti il metodo intraddominale, devono essere suddivisi in *intraperitoneale* e *sub-peritoneale:* questi sono di gran lunga a quelli superiori per sicurezza di riuscita, e fra questi vanno annoverati i processi di Zweifel e di Schröder con lievi modifiche.

Discussion

M. **Doyen** (Reims): Le meilleur moyen de traiter le pédicule est de n'en pas faire: l'ablation totale de l'utérus est supérieure à l'amputation partielle.

M. Péan a eu le grand mérite de démontrer, le premier, que la voie vaginale était préférable à la laparotomie, pour toutes les tumeurs utérines ou annexielles de petit volume.

Nous ne pratiquons, comme lui, l'hystérectomie abdominale que pour les tumeurs énormes, dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

A. *Laparotomie.* — L'hystérectomie totale est on ne peut plus simple et rapide, quelque soient les adhérences et la situation de la tumeur, si l'on suit notre procédé:

1. Elévation de la tumeur avec les mains, ou mieux, à l'aide de l'ingénieux appareil de Aug. Reverdin, dont nous présentons au Congrès le dernier modèle, fabriqué par M. Collin, de Paris.
2. Perforation du cul-de-sac de Douglas.
3. Incision en raquette sur la face postérieure et la grande circonférence de la tumeur, puis décortication sous-péritonéale rapide.

L'élévation de la tumeur facilite l'ablation du col qu'il est aisé de détacher de bas en haut en l'attirant avec une pince à griffes par l'ouverture péritonéo-vaginale du cul-de-sac de Douglas.

A peine se produit-il deux ou trois petits jets de sang si l'on prend soin de respecter l'arcade artérielle utéro-ovarienne.

Si d'autres vaisseaux saignent, il est aisé de les lier séparément.

La tumeur complètement détachée nous plaçons sur la collerette péritonéale, au-dessous des ovaires, deux ligatures et quelquefois une ou deux autres au voisinage du col, puis nous attirons dans le vagin les fils et, à leur suite, tout le revêtement séreux de la tumeur; deux pinces sont placées de chaque côté, à l'entrée du vagin, au-dessus des annexes, et le péritoine refermé par quelques sutures.

La simplicité de cette opération, qui convient même aux cas compliqués des tumeurs du ligament large et de suppuration des annexes, contraste avec les autres méthodes dont la nôtre diffère tout particulièrement par le rejet de la forcipressure préventive.

La crainte du sang est la préoccupation principale de la plupart des chirurgiens, et cette peur de l'hémorragie n'est nulle part plus évidente que dans les livres de M. Péan.

M. Péan (il vient encore de le proposer pour les tumeurs de la cloison recto-vaginale) met de parti pris des pinces partout, même où anatomiquement on ne connaît pas d'artères de quelque importance.

Pourquoi cet appareil instrumental énorme en présence de tumeurs qui ne reçoivent le sang que de quelques artères inférieures, comme calibre, à l'artère radiale au niveau du poignet?

Le seul moyen de ne pas perdre de sang, c'est de ne pas tenter l'hémostase préventive: appliquez un simple fil élastique à la base de la tumeur, elle est tellement gorgée de sang veineux qu'à la section supra-cervicale le champ opératoire en est inondé.

Pratiquez, au contraire, la décortication péritonéale, comme nous la recommandons, en soulevant la tumeur; au fur et à mesure qu'elle se détache, les sinus veineux énormes qui la sillonnent s'affaissent. Tout ce sang, perdu pour les malades, déjà si souvent affaiblies par les métrorragies antérieures, quand on emploie le fil élastique ou la forcipressure préventive de Péan et de ses élèves, rentre, avec notre procédé, dans le système veineux général; et, la tumeur entièrement séparée, il nous est souvent arrivé de laisser échapper de nos doigts et de ceux de nostre assistant, la collerette péritonéale entière, dont jaillissaient à peine trois ou quatre petits jets de sang. On comprendra aisément cette particularité, notre section en raquette passant latéralement au-dessus des ovaires.

A-t-on par accident blessé l'utérine ou quelques artérioles anormales? On place une pince, puis une ligature sur chacune d'elles, afin de réduire au minimum possible la perte de sang.

Le principe est donc d'opérer vite. La tumeur doit être détachée cinq ou dix minutes au plus après le début de l'incision en raquette; les veines s'affaissent et toute hémorragie est ainsi mieux prévenue par la rapidité du manuel opératoire que par l'emploi de toute cette série de pinces qui ne servent qu'à prolonger l'intervention et à encombrer le champ opératoire.

B. *Voie vaginale.* — L'hémostase préventive est tout aussi inutile dans l'hystérectomie vaginale, bien que nous la pratiquions dans les cas de tumeurs énormes interstitielles dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

La tumeur est-elle peu volumineuse, nous enlevons l'utérus d'une seule pièce, grâce à l'hémisection simple ou en V de la paroi antérieure. Ce procédé, que nous avons communiqué au Congrès de Bruxelles, et que nous avons imaginé en 1887, nous a permis de faire, le premier, l'ablation totale de l'utérus en quatre ou cinq minutes, y compris la forcipressure du péritoine et la section des deux ligaments larges. M. Segond et beaucoup de ses collègues ont bien voulu nous dire que notre procédé était de beaucoup le plus sûr et le plus rapide dans les cas faciles.

Nous voulons démontrer au Congrès que ce procédé est également le meilleur dans les cas difficiles, qu'il s'agisse de lésions inflammatoires périutérines avec adhérences anciennes et généralisées ou bien de fibromes interstitiels et sous-péritoneaux d'un volume considérable.

Si nous avons à enlever un utérus fixé au milieu de masses inflammatoires et impossible à abaisser, que nous donnera le procédé de Péan?

Il incise circulairement la muqueuse vaginale, isole le col en arrière et en avant, applique une pince de chaque côté sur l'étage inférieur des ligaments larges, sectionne en dedans de ces pinces, puis fend le col de droite à gauche et résèque les deux valves ainsi obtenues.

Péan se prive donc, pour continuer l'opération, du seul guide qu'il avait à sa disposition: le col utérin.

L'opération de Péan n'a rien d'original. Elle n'est que l'application à l'hystérectomie de « sa méthode générale de forcipressure préventive et de morcellement. »

Les rénovateurs de l'hystérectomie vaginale faisaient de bas en haut, et par étages, l'hémostase préventive des ligaments larges, en y plaçant des ligatures à l'aide d'une longue aiguille courbe. M. Péan a substitué

aux ligatures ses pinces, qui ont sur les premières le désavantage d'encombrer le champ opératoire. Et cet inconvénient n'est pas minime, quand le vagin est étroit et profond, et quand l'utérus est volumineux et fixé très haut par de solides adhérences.

Notre procédé est, au contraire, absolument original, et consiste à produire, par la simple hémisection médiane de l'utérus et sans hémostase préventive antérieure, une véritable inversion de l'organe à la vulve.

M. Péan morcelle de parti pris: nous ne morcelons que lorsqu'il est impossibile de faire autrement. Notre hémisection antérieure simple, ou en V, si l'utérus est déjà volumineux, nous suffit pour extraire l'organe en quelques minutes.

Une seule pince à mors élastiques est appliquée de haut en bas sur chaque ligament large et, au-dessus, une pince plus grêle, indispensable si, par hasard, la première venait à se rompre.

S'agit-il d'un fibrome de 15 à 18 centimètres de diamètre, d'une tumeur interstitielle et sous-péritonéale sans rapport avec la cavité utérine, il nous faut morceler, pour la faire passer à la vulve. Nous détachons le col et nous incisons sa paroi antérieure; si l'utérus s'abaisse, nous morcelons, en pratiquant, sur la surface péritonéale, autour de la tumeur, des V successifs que nous réséquons s'il est besoin. Mais il est des cas où le néoplasme, en raison de ses dimensions énormes, roule au-dessus du détroit supérieur, comme une tête de fœtus au-dessus d'un bassin rétréci, et ne donne aucune prise aux pinces à griffes. C'est à peine si l'on aperçoit le fibrome à 10 ou 12 centimètres de profondeur, par une étroite boutonnière vaginale.

La laparotomie seule semble possible.

Un artifice opératoire nous permet de mener à bien l'hystérectomie vaginale dans ces cas exceptionnels.

La tumeur nous échappe, faute de donner prise aux pinces à griffes: introduisons, au fond de la hauteur vaginale, un des tubes tranchants que nous présentons au Congrès. L'extrémité du tube mise en contact avec le point accessible de la tumeur, nous la traversons presque de part en part, en nous guidant dans cette manœuvre, en apparence téméraire, par la main gauche qui maintient le fibrome au travers de la paroi abdominale antérieure.

Le cylindre ainsi obtenu (nous en enlevons, au besoin, trois, quatre et plus) est arraché à l'aide d'une des pinces-gouge d'un modèle spécial pour l'utérus, que nous présentons également ici; puis nous saisissons la tumeur, en introduisant une des branches de nos pinces à griffes dans la cavité que nous venons de créer, et en implantant la branche antérieure à la surface du fibrome.

Le fibrome solidement maintenu, nous le faisons basculer de droite et de gauche en y taillant des V successifs et en activant le morcellement par l'énucléation rapide, faite avec nos pinces-gouge, de noyaux interstitiels accessibles.

On voit combien cette opération diffère de celle de M. Péan, qui résèque le col et attaque la tumeur à son centre, par l'évidement conoïde. Cette méthode, aggravée de la forcipressure préventive, est longue et laborieuse, et plusieurs membres du Congrès nous disent avoir vu des opérations de M. Péan durer trois et quatre heures.

Nous n'agissons qu'exceptionnellement au centre de la tumeur, créant une sorte de cavité utérine dans le néoplasme, afin d'avoir prise pour nos

tractions. Dès que nous avons solidement senti la tumeur, ce n'est pas par son centre que nous l'attaquons, comme le fait M. Péan, toujours préoccupé par la crainte du sang, mais à sa surface.

Ouvrez largement le cul-de-sac péritonéal antérieur et taillez de larges V à la surface antérieure de la tumeur. S'il faut réséquer plusieurs de ces V, taillez-en d'autres pour vous servir de points de traction successifs, et vous extrairez définitivement de la vulve un utérus inversé partiellement morcelé, mais dont la masse principale pèse encore 600,800 grammes et même davantage.

L'utérus enlevé, les annexes viennent à sa suite.

Y a-t-il complication de salpingites, nous enlevons d'autant plus facilement la totalité des poches annexielles, que nous n'avons pas une seule pince hémostatique dans le champ opératoire.

Les cornes utérines nous servent de guide; nous isolons, comme dans la laparotomie, avec les doigts, les annexes adhérentes. Celles-ci s'abaissent peu à peu, grâce à des tractions à l'aide de fortes pinces à anneaux, — et ce n'est qu'après avoir sorti les annexes à la vulve que nous appliquons au-dessus d'elles nos deux pinces à mors élastiques.

Il ne saurait donc y avoir aucune confusion entre nos procédés d'hystérectomie et ceux de M. Péan.

On pratiquait peu l'hystérectomie en France, en 1887, quand nous avons fait, sans jamais avoir assisté à aucune opération analogue, nos premières opérations.

Les nombreux chirurgiens français et étrangers qui ont assisté aux opérations de M. Péan et aux nôtres ont jugé les deux procédés absolument différents.

Notre conviction est que la forcipressure préventive a été un grand progrès à l'époque où l'a imaginée M. Péan. Aujourd'hui nous devons faire mieux, et tendre à simplifier les opérations les plus délicates.

Plus de pinces inutiles: opérez un goître comme nous le faisons couramment, avec une ou deux pinces hémostatiques, et servez-vous-en simplement en chirurgie abdominale pour maintenir les compresses et ne pas les oublier dans le ventre.

L'hémostase préventive a vécu. Elle fera époque dans l'histoire de la chirurgie, et l'on s'en souviendra comme d'un progrès momentané, précurseur de méthodes plus rationnelles.

Prof. **J. Péan** (Paris): Je remercie M. Doyen des paroles élogieuses qu'il vient de prononcer à mon égard et de la déclaration qu'il vient de faire, que c'est grâce à mon initiative et à mes résultats opératoires que l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale sont acceptées de nos jours par les chirurgiens de tous les pays. Je le remercie également d'avoir dit que c'est à ma méthode de pincement des vaisseaux et de morcellement qu'il doit ses succès dans l'hystérectomie. J'aurais été heureux s'il avait été aussi juste à mon égard lorsqu'il faisait, il y a quelques mois, sa première publication dans les *Archives provinciales de chirurgie,* publication qu'il vient de rééditer sous la forme d'une monographie qu'il a semée à profusion, ce matin, sur les bancs de ce Congrès. Il oubliait, en l'écrivant, qu'il avait personnellement fait connaître ma méthode à ses confrères de Reims, en 1887,

comme j'ai pu m'en assurer en lisant le numéro 8 de l'*Union médicale et scientifique du Nord-Ouest*. Je ne suis pas de ceux, comme il le croit, qui négligent d'apprécier les travaux de nos confrères de la province. Aujourd'hui il m'accorde tous les droits de priorité, je lui en suis reconnaissant.

Toutefois il termine sa communication en disant qu'il est parvenu à enlever les tumeurs de l'utérus et de la thyroïde sans se servir de pinces. Veut-il faire l'hystérectomie vaginale pour enlever des fibromes qui ne remontent pas au-dessus de l'ombilic? S'appuyant, comme tous les chirurgiens qui l'ont précédé, sur ce fait anatomique, qu'il y a moins de vaisseaux sur les faces que sur les bords de l'utérus, il coupe et il excise en V la face antérieure de cet organe, fait basculer le corps et l'extrait. Veut-il enlever des fibromes plus volumineux par la voie abdominale? Il dissèque d'arrière en avant la face postérieure de l'utérus, lie la partie supérieure des ligaments larges et coupe la partie inférieure de ces ligaments. Rien de plus rapide, dit-il, d'exécuter tout cela sans pinces. Mais pendant qu'il parle de la sorte, il nous montre des pinces à mors longs qui lui sont indispensables pour pincer les ligaments larges avant de les couper, et il ajoute qu'il laisse ses pinces à demeure. Etrange contradiction! Quant à moi, je le félicite sincérement de pincer les ligaments larges avant de les couper ou de les lier, car souvent ils sont friables ou rejetés, soit en avant, soit en arrière, par les tumeurs inflammatoires, fibreuses ou cancéreuses de l'utérus.

Enfin, il termine en disant qu'il a enlevé plusieurs goîtres sans pincer les vaisseaux. J'accepte, comme lui, que le pincement et le morcellement ne sont pas indispensables pour l'ablation de kystes petits, bénins, facilement énucléables, bien que je ne voie aucun avantage à laisser saigner les vaisseaux de l'enveloppe et des parties molles qui la recouvrent. Mais ne semble-t-il pas ignorer, en parlant de la sorte, qu'il y a bon nombre d'hypertrophies bénignes ou malignes de la thyroïde qu'il serait imprudent d'enlever à la hâte, sans se préoccuper de leurs rapports intimes avec les organes importants qui les entourent, trachée, artère, veines et nerfs carotidiens sans omettre les vaisseaux de l'enveloppe propre qui peuvent acquérir un grand volume? En pareil cas le pincement des vaisseaux et de morcellement de la tumeur sont indispensables, si le chirurgien est peu exercé, toujours utiles si le chirurgien est expérimenté, pour mener à bien l'opération. Peut-être M. Doyen objectera-t-il, comme il l'a fait à propos de l'hystérectomie vaginale, que si on photographie un malade auquel on applique plusieurs pinces au cours d'une thyroïdectomie, le tableau sera peu agréable à contempler. Mais il me pardonnera ce détail si je lui affirme que ces pinces abrègent la durée de l'opération, qu'elles sont toutes retirées aussitôt après l'ablation de la tumeur, sans qu'il y ait besoin de les remplacer par des ligatures, qu'elles favorisent la réunion immédiate et qu'elles assurent le succès.

Tels sont les motifs pour lesquels, contrairement à mon jeune confrère, j'engage les collègues qui m'entourent à se servir de ma méthode de pincement et de morcellement toutes les fois qu'ils auront à enlever de grandes tumeurs au milieu de régions profondes et vasculaires.

Dr. C. **Menge** (Leipzig): Meine Herren, nur eine von Herrn Martin berührte Seite der Myomektomiefrage möchte ich kurz in die Discussion ziehen, die bakteriologischen Verhältnisse der Uterushöhle. Auf dem Con-

gress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Breslau habe ich schon meine diesbezüglichen Untersuchungsresultate im Auszuge mitgetheilt und die These aufgestellt, dass nicht nur die Uterushöhle, auch des myomatösen Uterus, sondern sogar der Cervicalkanal, in welchem Winter pathogene Keime gefunden haben will, niemals Bakterien pathogener Natur in sich trägt, ausgenommen des Gonokokkus Neisser.

Inzwischen habe ich weitere Untersuchungsresultate gesammelt und meine Ansichten sind durch dieselben nur bestärkt worden.

Herr Martin hat heute, auf die Untersuchungsresultate von Witte gestützt, wieder die Totalexstirpation des myomatösen Uterus empfohlen. Er hat berichtet, dass vor der Exstirpation der Organe diese mit desinficirenden Flüssigkeiten ausgespült wurden, ja sogar curettirt wurden, ein Verfahren, welches schon geübt wurde, als ich noch Assistent des Herrn Martin war, und welches mir damals die bakteriolcgische Untersuchung der Uterushöhle unmöglich machte.

Die Witteschen Untersuchungen haben durch dieses Verfahren ihren Werth völlig eingebüsst, vielleicht ist sogar dadurch der Weg gezeigt, auf welchem die in der Uterushöhle gefundenen Keime in den Uterus eingedrungen sind.

Die schwierige Totalexstirpation des myomatösen Uterus hat die Berechtigung ausgeführt zu werden verloren, nachdem durch die leichte Zweifelsche Myomectomie, die ich in ihrer neuen jetzt im Centralblatt für Gynäkologie veröffentlichten Modification für die Methode der Zukunft halte, eine absolut sicher gegen Nachblutung schützende Stumpfbehandlung gegeben ist, bei der eine Gangraen des Stumpfes nicht eintritt, da, wie die mikroskopischen Praeparate gezeigt haben, derselbe vom übergenähten Peritoneum aus ernährt wird und nachdem meine bakteriologischen Untersuchungen die Harmlosigkeit der ganzen Uterushöhle erwiesen haben.

Die Zweifelsche Methode weicht in der Erreichung einer absoluten Bluttrockenheit des Stumpfes doch sehr wesentlich von der Schröderschen Methode ab, und es spricht sich dies auch in den Resultaten aus, die auf 92 Myomectomien eine Gesammtmortalität von 3.2 p.c. ergeben, während unter den letzten noch nicht veröffentlichten 41 Fällen von Myomectomie nur ein Fall letal endete und zwar durch Darmknickung, eine Complication, die zu jeder Laparotomie hinzutreten kann, also der Methode der Myomectomie nach Zweifel nicht zur Last fällt.

Prof. **G. Chiarleoni** (Catania): Nella pratica mia clinica di circa trentatrè mesi ebbi occasione di fare le seguenti cure per fibromi uterini.

Castrazione	casi	2
Miomectomia ed enucleazione di più fibromi (3)	»	1
Enucleazione	»	1
Isterectomia extraperitoneale	»	2
Id. intraperitoneale Olshausen (3)	»	2
Id. id. Zweifel	»	1
Isterectomia vaginale	»	8
Asportazione totale addomino-vaginale	»	1
Id. id. vagino-addominale	»	1

La mortalità media per cento raggiunse solamente il 12.

Conclusioni assolute non mi sono concedute a cagione della poca esperienza. Le mie simpatie però sono per i processi mediante l'impiego dei quali si viene alla asportazione totale dell'utero.

Prof. C. **Calderini** (Parma): Mi permetto di riferire qui la statistica delle miomectomie da me state praticate nell'istituto ostetrico ginecologico di Parma, la quale doveva essere presentata dal mio assistente dottore Vorroli. Eccola:

Otto miomectomie con trattamento esterno del peduncolo con un solo decesso, per causa accidentale (due vermi vomitati furono aspirati nella trachea e cagionarono la asfissia della donna);

Sette amputazioni sopravaginali con apertura della cavità dell'utero, affondamento del peduncolo; tre decessi (uno per emorragia, uno per peritonite, uno per shock);

Una asportazione di mioma peduncolato, in gravidanza andata a termine;

Due enucleazioni di mioma colla conservazione dell'utero e degli annessi da un lato;

Quattro asportazioni totali dell'utero miomatoso per la via addominale, una volta previo isolamento del collo, legatura delle arterie e apertura del Douglas dalla via vaginale, due decessi per peritonite;

Una miomectomia col metodo Fritsch;

Una asportazione totale vaginale di utero miomatoso prolassato.

Totale ventiquattro operazioni con sei decessi, cinque dei quali dipendenti dalla operazione.

Dai fatti esposti deriverebbero le seguenti conclusioni:

1. Il metodo più facile e più sicuro, quando il volume dell'utero è abbastanza notevole, ma non troppo grande, e i miomi sono sviluppati nel corpo, è il trattamento esterno del peduncolo, col mezzo di un piccolo costrittore e un filo di metallo molto pieghevole e resistente inglese (Bantock), schivando di usare in seguito soluzioni di sublimato e cucendo con molta cura il peritoneo parietale o quello del peduncolo.

2. L'affondamento del peduncolo dovrebbe essere riservato ai casi di tumori peduncolati e di enucleazione senza apertura della cavità uterina.

3. L'isterectomia totale addominale o vagino-addominale è indicata pei casi nei quali non è più attuabile la isterectomia vaginale e il tumore non è ancora abbastanza sviluppato da poter essere tirato su per fare il trattamento esterno, ovvero è così considerevole che il peduncolo resterebbe troppo voluminoso, ovvero il tumore o i tumori sono sviluppati nella regione cervicale.

Sempre a proposito dell'isterectomia, e sopratutto per la totale, che in Italia è stata più specialmente praticata dai chirurgi (Bassini, Novaro, Carle), ebbi occasione di studiare il rapporto della arteria uterina e della utero-ovarica coll'uretere in un pezzo anatomico proveniente da una donna la quale avrebbe dovuto essere operata di isterectomia totale per miomi multipli, ma soccombette per un cancro dell'esofago, il quale produsse la erosione di un ramo dell'arteria polmonare. Nel disegno del pezzo stato iniettato nell'istituto di anatomia patologica (prof. Furani) si vede l'arteria utero-ovarica, la quale incrocia, stando al davanti, e a distanza, l'uretere,

dirigendosi in dentro e in alto nella plica infundibolo-pelvica. L'arteria uterina in questo caso nasce dalla ipogastrica con un tronco comune colla ombelicale, la quale, fibrosa, si porta in alto e in dentro, e colla vescicale, che si porta in basso e in dentro, la uterina incrocia l'uretere, standogli innanzi, e senza ripiegarsi in basso, prima di raggiungere il fianco dell'utero, si dirige in alto sul medesimo essendo sollevato da un mioma (a destra, a sinistra scorre per un tratto di 4 o 5 centimetri parallela e unita all'uretere). Nell'isterectomia totale addominale si deve legare l'arteria utero-ovarica, nella plica infundibolo-pelvica, vicino al polo esterno dell'ovaia, e la anastomotica colla epigastrica, legando il legamento rotondo, e la uterina sul fianco del collo dell'utero, o cercandola per mezzo della pulsazione (Bassini), o mettendola allo scoperto colla incisione del peritoneo sopra la vescica, dopo aver già sezionati i legamenti larghi (Novaro). L'ago Deschamps deve seguire la direzione dell'uretere che è dall'alto al basso, dall'infuori all'indentro, mentre l'arteria uterina, diretta pure dall'infuori all'indentro va dal basso all'alto e scende ad un livello più basso dell'uretere prima di raggiungere il fianco dell'utero. Nel caso speciale si sarebbe corso rischio di legare, insieme all'arteria uterina, l'uretere.

Prof. **A. Martin** (Berlin): bedauert, dass die frühe Morgenstunde seines Referates soviele Fachgenossen abgehalten hat, diesen Ausführungen zu folgen.

H. Bantock hat sein extraperitoneales Verfahren wie wir gehört haben mit glänzendem Erfolg weitergeführt. Es gleicht den von Martin erwähnten Modifikationen von v. Hacker, Wölfler und Fritsch; für alle gilt ebenso wie auch für das Verfahren von Zweifel der Einwand, dass das weitere Verhalten des Collumstumpfes immer von neuem zu Unbequemlichkeiten und Leiden Veranlassung giebt, wie Martin's Erfahrungen gezeigt haben.

Dem Einwand Menge's gegenüber betreffs des Werthes der Witte'schen Untersuchungen ist festzustellen, dass die betreffenden Uteri nicht vorher curettirt waren.

Mit grosser Genugthuung begrüsst Martin Herrn Landau's Uebergang zur Totalexstirpation des myomatösen Uterus; er sieht darin eine willkommene Bestätigung seiner zuversichtlichen Annahme, dass die Zukunft in der That diesem Verfahren gehört.

Der Grund, warum M. sich im Allgemeinen gegen die Péan'sche Methode vaginaler Operation ablehnend verhalte, beruht auf seinem Princip, vor Allem bei jedem Operiren möglichst klar zu sehen und nicht im Dunkeln in der Tiefe der Vagina zu arbeiten; hierbei ist es oft nicht mit vollkommener Sicherheit möglich, die Blutstillung exact durchzuführen; ferner kann man nie sagen, in wie weit Darm- und Netzverwachsungen, Pyosalpingen etc. vorhanden sind, auch kann bei der doch unvermeidlichen Zerrung der ligamenta lata die Entstehung eines Haematoms unangenehme Complicationen liefern.

Die um einige Minuten kürzere Zeitdauer bei der Péan'schen Operationsmethode habe wohl gegenüber der Möglichkeit, in einem deutlich sichtbaren, klaren Operationsfeld zu arbeiten nur wenig Werth.

Die fernere Beobachtung und Erfahrung wird lehren, nach welcher Richtung hin schliesslich die Gynäkologen sich einigen werden bei der operativen Behandlung der Myome.

Prof. **L. Mangiagalli:** La seduta di oggi resterà memorabile nella storia della isteromiomectomia sia per le notabilità scientifiche qui convenute, sia per l'ingente numero di fatti sottoposti alla nostra discussione, alla nostra analisi critica. Il professore Jacobs vi ha dimostrato una pinza ingegnosa che può facilitare la isteromiomectomia, il professore Péan un nuovo processo di perineocolpo-isterectomia, il prof. Calderini una interessante anomalia dell'arteria uterina che deve essere presente a chi pratica la isteromiomectomia, ma io devo soprattutto occuparmi dei risultati clinici portati a vostra conoscenza. Risolvono essi definitivamente la questione del peduncolo, la risolvono evidentemente, luminosamente? A me sembra di no. Il professore Martin ha diviso la sua esperienza in tre periodi, il primo senza chiusura del peritoneo, con una mortalità approssimativa del 30 per cento, il secondo con chiusura del peritoneo, colla mortalità circa del 9 per cento, il terzo con 26 casi, con una mortalità del 3.8 per cento. In quest'ultima serie fece precedere un'accurata disinfezione del canale cervicale. Il Carle comunicò pure una serie di 20 casi favorevoli di isteromiomectomia addominale, alcuni altri vennero portati in campo dal Calderini e dal Chiarleoni. Ma non ho io esposto una statistica di trenta casi in serie senza una morte, pur non asportando l'utero in totalità? Ma voi avete udito altresì il Bantock, che si è conservato fedele al metodo extraperitoneale, esporre gli ultimi 23 casi con un caso di morte; avete udito il Menge riferire quasi un centinaio di casi operati col processo di Zweifel con una mortalità di circa il 3 per cento. Con tali risultati si può affermare che l'asportazione totale dell'utero addominale abbia risoluto la tanto dibattuta questione del peduncolo? Il prof. Martin dà molta importanza alla preventiva disinfezione del canale cervicale e spiega con essa gli splendidi risultati ottenuti. Ma in quanti casi è essa possibile? Nei casi più difficili, in quelli in cui lo scavo è ingombrato dalla massa neoplastica, l'utero spostato in alto, il collo non raggiungibile, non vi si può pensare, in altri casi il canale uterino può essere così tortuoso che la disinfezione diventa illusoria. La questione deve dunque per me restare ancora all'ordine del giorno. Le statistiche portate in campo non l'hanno risolta e forse il metodo statistico è impotente a risolverla, e gli operatori non si decidono a mutar strada, a fornirci delle statistiche particolareggiate in cui si tenga calcolo di tutte le condizioni generali e locali che possono influenzare il pronostico. Fra queste ultime cito principalmente lo sviluppo infraligamentario, dalla nostra discussione però emerge un fatto altamente confortante per la umanità. Circa cinque anni or sono si discuteva e si indagava per diminuire una mortalità che con tutti i metodi si aggrava attorno al 25 per cento; ora discutiamo sopra metodi, alcuni nuovi, altri modificati, che danno una mortalità media, nelle mani di alcuni operatori, del 5 per cento. Pur continuando a discutere e a migliorare i nostri processi si può andare superbi di tali risultati. Una parola mi sia permessa ancora sulla isterectomia vaginale, nella quale ho già espresso il mio avviso che mantengo tuttora anche dopo la comunicazione del dottor Doyen, confutata d'altronde già brillantemente dal professore Péan. La mia meraviglia è grande nel vedere come si vadano inventando strumenti sul genere di quelli presentati per rendere possibili certi veri *tours de force* come è quello di asportare per via vaginale tumori che oltrepassino il bellico di due, tre dita, quando possono essere asportati più facilmente e più sicuramente con rischi certo

non maggiori per via addominale. L'isterectomia vaginale è una preziosa risorsa aggiunta alle altre; ma le sue indicazioni devono essere nettamente limitate, altrimenti è più facile riuscire a screditarla che a diffonderla.

Prof. G. **Apostoli** (Paris):

L'électrothérapie gynécologique.

L'électrothérapie intra-utérine (faradique, galvanique, ou sinusoïdale), telle que la préconise le docteur Apostoli, sagement, rationnellement et patiemment appliquée, mérite de rester à la tête de la thérapeutique gynécologique conservatrice:

1. Parce qu'elle assure, le plus souvent, une amélioration symptomatique qui tient bien des fois lieu de guérison:

a) Souveraine contre l'endométrite et les principaux troubles fonctionnels (aménorrhée, dysménorrhée, ou métrorragie);

b) Très efficace contre les fibromes non kystiques;

c) Utile souvent (mais non toujours) contre les phlegmasies péri-utérines non suppurées;

d) Impuissante, par ses seules ressources, contre les collections kystiques de toute nature, et les lésions suppurées pelviennes ou annexielles.

2. Parce que, dans le cas où elle est inefficace, elle permet d'utiliser son impuissance même (par l'étude attentive et inoffensive de ses réactions opératoires et post-opératoires) pour éclairer ou confirmer un diagnostic douteux — imposer ou précipiter ainsi une intervention chirurgicale retardée ou bien déjà refusée.

3. Parce que, si les conséquences symptomatiques immédiates de son application sont généralement favorables, les suites éloignées ne présentent pas un moindre intérêt à cause des grossesses ultérieures qu'on observe:

Soixante-sept femmes, toutes soignées par le docteur Apostoli et uniquement par des applications électriques intra-utérines, ont eu, en effet, dans un délai variable, mais le plus souvent rapproché de la fin du traitement, une ou plusieurs grossesses consécutives, ce qui témoigne à la fois de l'efficacité symptomatique et fonctionnelle du traitement institué.

4. Ainsi, l'électrothérapie gynécologique, loin de se montrer hostile à la chirurgie dont elle cherche, au contraire, à éclairer la route et à assurer la légitimité des indications, réclame sa place marquée, soit, dans un grand nombre de cas, pour éviter une mutilation dangereuse ou inutile, — soit, dans quelques autres, pour l'imposer avec autorité, — soit enfin, chez certaines malades, pour terminer l'œuvre de la chirurgie qui a épuisé ses armes, et aider, de la sorte, plus efficacement et plus promptement au complet rétablissement symptomatique et fonctionnel.

Discussione

Prof. F. **La Torre** (Roma): Signori, permettetemi di esprimere a proposito dell'interessante comunicazione del mio maestro ed amico dottore Apostoli, qualche considerazione; e tanto più mi sento portato a farla per quanto più penso all'abuso delle operazioni radicali che si fanno oggi nella cura delle malattie degli organi genitali.

Io ho sentito con paura, con orrore anzi, nella discussione sulla miotomia, le numerose statistiche riportate d'estirpazione dell'utero; oggi si estirpa questo organo — lasciatemelo dire — con molta leggerezza, solo per fare statistiche. Il dottore Doyen diceva che ha in meno di un anno estirpato più di 200 uteri per fibroma. In quanti casi, domando io, v'era vera indicazione? Il fibroma piccolo e sottoperitoneale non compromette nè la vita nè la salute della paziente; perchè estirpare l'utero, allora? Non basta sapere come trattare il peduncolo, sarebbe meglio fissare l'indicazione, insegnare ai giovani baldi ed arditi a saper maggiormente rispettare l'importante organo della gestazione, tanto più quando si sa che si estirpano uteri non solo per fibroma, di cui spesso non occorrerebbe occuparsi, ma per futili motivi. L'anno scorso, per esempio, un giovane ginecologo presentò alla Società d'ostetricia di Parigi, due uteri *normali* che aveva estirpato sol perchè le donne avevano di tempo in tempo abbondante mestruazione da durare 10 a 12 giorni!

In moltissimi casi di fibroma l'elettricità può rendere grandi servigi tanto per arrestare l'emorragia quanto per domare i dolori.

Per le emorragie uterine l'elettricità — metodo Apostoli — è importantissima. Io posseggo più di 80 osservazioni di emorragie uterine per endometrite e metrite guarite in modo completo coll'uso della corrente continua, là dove tutti gli altri mezzi non avevano dato miglioramento di sorta.

Signori, la ginecologia dev'essere, trattandosi d'organi di prima importanza a cui si legano tanti vitali interessi sociali, eminentemente conservatrice, e non si deve ricorrere alla *ultima ratio* se non quando si è assolutamente obbligati; in caso contrario tra 10 anni non avremo donne per fare figli, ed allora: *adieu notre chère patrie.*

Signori, son felice che due egregi professori come il Mangiagalli ed il Chiarleoni prendano la parola per condannare le frequenti castrazioni nelle malattie dell'apparato genitale; alla loro autorevole voce aggiungo la mia modesta per stigmatizzare una volta ancora e con tutte le forze dell'anima mia una tale pratica.

Io faccio plauso al genio inventivo nello escogitare nuovi processi operativi per meglio riuscire nell'atto operativo ed assicurare la guarigione, ma protesto per varie ragioni contro l'abuso dei processi operativi radicali.

Più che distruggere estirpando annessi ed utero sarebbe molto meglio prevenire le suppurazioni degli annessi e della pelvi studiando meglio la influenza della blenorragia, per esempio, consigliando e facendo una migliore igiene *port partum*, ecc. ecc.

Qui, non si tratta come nella miotomia per fibroma, in cui una indicazione qualsiasi può esservi, ma dell'estirpazione dell'utero per suppurazione degli annessi in cui spesso l'utero stesso è sano o ha tutta la ragione di esistere.

Nell'estirpazione dell'utero per suppurazione della pelvi e degli annessi non solo si castra la donna estirpando le ovaia e quindi si assoggetta a molti disturbi, ma la si rende effettivamente e gravemente inferma privandola dell'utero, giacchè le conseguenze lontane dell'estirpazione dell'utero sono molto più tristi di quanto possano esserlo quelle per la semplice castrazione. Tutti i ginecologi onesti lo affermano. Conosco delle donne a cui si voleva da ginecologi insigni togliere l'utero per suppurazione della pelvi; si rifiutarono, guarirono, ebbero figli ed oggi vivono felici in mezzo alle gioie delle loro famiglie!

Nelle indicazioni dell'estirpazione dell'utero per flogosi cronica dell'organo e per suppurazione degli annessi vi è l'abuso e quindi spesso si tolgono uteri che avrebbero potuto restare; or si badi bene che così facendo non solo si rende inferma una povera donna, ma la si priva senza necessità di un organo interessante, ciò che cade sotto la sanzione del Codice penale.

Prof. **F. La Torre** (Roma):

L'elettricità nella cura dell'amenorrea.

È dai tempi più lontani che i disturbi della mestruazione hanno attirato l'attenzione dei medici, e quello che l'ha attirato maggiormente ed in modo speciale ha dovuto essere l'amenorrea.

La ragione è ben semplice. Si credeva dai nostri maggiori che il sangue della donna, crescendo in quantità e caricandosi sempre più di principii nocivi al normale funzionamento degli organi, avrebbe arrecato serii disturbi ove mai la natura provvida non si fosse sbarazzata periodicamente d'una certa quantità di sangue, se l'organismo, dicevano, non si fosse purgato; e purghe si chiamava difatti il flusso mestruo. È evidente dunque che la soppressione dello scolo mestruo dovette impensierire i medici d'allora, i quali si servirono per ristabilirlo d'una infinità di sostanze medicinali dette *emmenagoghe*, la cui azione è stata spesso o nulla o per lo meno incerta, quando non era nociva.

Oggi però che la fisiologia conosce i fenomeni dell'ovulazione ed il meccanismo della mestruazione, gli emmenagoghi dovrebbero essere banditi dalla cura razionale dell'amenorrea e vantaggiosamente sostituiti dall'elettricità.

Ma perchè si possano comprendere le ragioni che consigliano tale abbandono e tale sostituzione, stimo conveniente che c'intendiamo prima sul concetto anatomo-patologico dell'amenorrea, di veder poscia l'azione degli emmenagoghi e quella dell'elettricità.

Gettiamo perciò uno sguardo rapidissimo su ciascuno di questi punti.

Che cosa sia l'amenorrea tutti lo sappiamo: la soppressione, cioè, del flusso mestruo; ma non altrettanto possiamo dire dell'etiologia.

Difatti, se non riesce difficile comprendere la cessazione fisiologica del flusso mestruo per ragione dell'età avanzata della donna, oscillante, come si sa, tra i 40 ed i 50 anni; quella puerperale, per causa dell'avvenuta fecondazione e dell'allattamento; quella tardiva della pubertà; se possiamo, d'altra parte, renderci conto dell'amenorrea per obliterazione congenita del canale utero-vaginale o per atrofia dell'utero; di quella dovuta all'estirpazione dell'utero e delle ovaie, o, secondo Lawson-Tait, per semplice estirpazione delle trombe; di quella consecutiva a raschiamento e causticazione della cavità uterina, quando la rigenerazione anatomo-fisiologica della mucosa si compie tardivamente, o per eccessiva involuzione uterina *post partum*; se comprendiamo l'amenorrea quale espressione sintomatica d'una malattia costituzionale cronica, come nella cloro-anemia, nella tubercolosi, o acuta, quale l'ileo-tifo ecc.; se ci è facile inoltre spiegare l'assenza della mestruazione pel fatto d'una metrite cronica interstiziale od in una ovarite cronica sclero-cistica; se possiamo insomma spiegarci l'amenorrea in tutte queste circostanze fisio-patologiche, non si riesce a capire perfettamente nello stato attuale della scienza, quale sia la patogenia dell'amenorrea nelle donne sane,

robuste, pletoriche, antecedentemente bene regolate, donne, per conseguenza, tutt'altro che affette da malattie costituzionali o locali.

In questo caso si tratta di una amenorrea essenziale per così dire, senza lesione costante e manifesta, amenorrea transitoria che costituisce a sè sola tutta la malattia, accompagnata da pletora, da disturbi nervosi e qualche volta anche da emorragie supplementarie in diversi organi.

A che cosa è dovuta l'amenorrea transitoria?

Le cause, secondo gli autori che se ne sono occupati, sarebbero diverse ma non precise nella loro significazione. Si è invocata anzitutto una specie di astenia degli organi genitali, un semplice rallentamento della funzione ovarica per mancanza di vitalità dell'organo; si ha voluto vedere come causa dell'amenorrea anche l'azione di fenomeni simpatici, il cui meccanismo però non è veramente, secondo Labbé[1]), meglio conosciuto di quello di tutte le altre azioni riflesse.

Comunque sia, questa specie d'amenorrea, che può dirsi essenziale, patologica, transitoria, senza lesione di sorta o apprezzabile, costituisce un grave disturbo funzionale dell'apparecchio ovarico che si riverbera spesso su tutto l'organismo. Sarebbe questa l'amenorrea tipica di cui vorrei parlare, ma pure stando all'osservazione clinica ed ai risultati terapici avuti, possiamo aggiungere ad essa anche quell'amenorrea dipendente da alcune lesioni dell'apparecchio utero-ovarico come la metrite cronica interstiziale, una eccessiva involuzione uterina *post partum*, la causticazione o raschiamento profondi della mucosa uterina, l'ovarite cronica o sclero-cistica ecc., formando così un gruppo di cause transitorie che hanno la loro sede nell'apparecchio utero-ovarico.

Io non starò qui a svolgere un capitolo di materia medica, o anche ad enumerare tutte le sostanze che han goduto più o meno felicemente il nome di emmenagoghi, tanto presso i medici quanto presso i ciarlatani e le vecchie comari, basta che io accenni come i più reputati emmenagoghi siano lo zaffarano, l'aloe, la sabina, ecc.

Tutte queste sostanze sono state amministrate allo scopo di ripristinare la funzione metrua.

Il loro uso soddisfa le indicazioni causale e sintomatica?

Per le idee che erano in campo altre volte gli emmenagoghi potevano avere nella cura dell'amenorrea un'indicazione; ma oggi non ne hanno nessuna.

Dal punto di vista terapico, dice Schröder[2]), gli emmenagoghi devono essere, in tesi generale, condannati, giacchè l'effusione sanguigna che nella mestruazione si verifica alla superficie della mucosa non è che un fenomeno, benchè non necessario, concomitante dell'ovulazione.

Ed allora delle due cose l'una: o l'ovulazione non ha luogo, ed è assurdo di voler provocare l'emorragia uterina coll'amministrazione di sostanze medicinali, quali sono gli emmenagoghi, che non agiscono se non congestionando gli organi del piccolo bacino; essi non hanno azione sull'utero e sulle ovaia; o l'ovulazione si compie abitualmente senza scolo mestruo ed allora nessun incomodo avviene alla donna, la quale non soffrendo disturbi di sorta, non sente nemmeno il desiderio di consultare il medico.

Schröder, dopo avere stabilito le indicazioni e la cura nei casi d'amenorrea dovuta a debolezza generale, aggiunge: « Alloraquando l'amenorrea

[1]) Labbé M. D., *De l'action du courant continu... dans trois cas d'aménorrhée* — Bull. off. de la Soc. franç. d'électro-thérapie, juin 1893, n. 2.

[2]) Schröder, *Mal. des org. gén. de la femme.* Edizione francese, pag. 335, Parigi, 1886.

è la conseguenza d'una nutrizione insufficiente e d'una irrigazione difettuosa degli organi genitali, sia per disordini congeniti o acquisiti, dev'essere risparmiata alla paziente l'ingestione di emmenagoghi propriamente, tali quali la sabina, l'aloe, lo zafferano ecc., ma ricercherà invece, per mezzo d'eccitanti locali, ad aumentare l'afflusso di sangue verso le parti genitali. Saranno indicati perciò i semicupi caldi e sopra tutto le iniezioni calde vaginali. In un certo numero di casi l'applicazione della elettricità, sotto le sue differenti forme, *pare* aver dato buoni risultati. »

Ora, il *pare* d'una volta dello Schröder dev'esser considerato oggi come un'affermazione certa, e non solo in un certo numero, ma in moltissimi casi; là dove, insomma, l'apparecchio utero-ovarico è regolarmente sviluppato e non esistono ostacoli insormontabili, l'elettricità ripristina più o meno completamente la funzione mestrua.

Non è di questi ultimi anni solamente, come potrebbe a prima vista sembrare, che dati l'applicazione dell'elettricità nell'amenorrea, ma sibbene dal secolo passato. E pare dimostrato anzi che sia stata precisamente l'amenorrea la prima forma morbosa per cui si ricorse all'elettricità nelle malattie ginecologiche. Difatti, nel 1755 De Haen[1]) fu il primo che si servì dell'elettricità per curare una soppressione di flusso mestruo, e nel 1764, Alberti, pubblicando un suo lavoro sulla cura dell'amenorrea per mezzo dell'elettricità, ne riferiva i buoni risultati ottenuti e stabiliva come la prima malattia ginecologica trattata colla elettricità fosse appunto l'amenorrea.

Da quell'epoca fino al 1868 l'elettricità fu a varie riprese e sempre con costante fortuna impiegata nei disturbi della mestruazione, e fu sempre l'elettricità statica.

Nel 1869 Friedenthal applica pel primo la corrente galvanica, ed è James Whittakier nel 1874 che fa menzione per la prima volta della corrente continua con introduzione del polo negativo nell'utero, quale agente terapico nella cura dell'amenorrea.

D'allora in poi i casi di amenorrea trattati e guariti per mezzo del fluido elettrico sono andati sempre aumentando di numero. Ma la cura elettrica ebbe una applicazione razionale e diede più splendidi risultati a partire dal 1882, epoca in cui l'Apostoli fondò il suo metodo su principii scientifici, non solo nell'amenorrea e negli altri disturbi della mestruazione, ma benanco in parecchi stati morbosi principalmente dell'utero come nelle metriti ed endometriti e nella sub e perinvoluzione uterina *post partum*.

I casi curati sono parecchi, da costituire oramai una grandissima statistica; e non parlo dei casi antichi, ma dei recenti. Accenno perciò a parecchi dell'Apostoli, che pubblicherà quanto prima in un lavoro speciale; vi sono poi i casi del Nitot[2]), del Labbé[3]), del Masin[4]) e i miei, di cui riferirò più tardi brevemente le osservazioni.

In Italia credo d'essere stato io il primo che abbia trattato l'amenorrea coll'elettricità; un primo caso l'ho avuto nel 1891, un secondo nel 1892 ed un terzo nel 1893.

[1]) B. Masin, *De la méthode Apostoli, étude hist.-théor.* etc. Icomorof, St. Pétersbourg, 1890, Ediz. franc. 1894.
[2]) Nitot, *Traitem. de l'aménorrhée au moyen de l'électricité*, Dois, Clermont 1892.
[3]) Labbé, *De l'act. du courant continu ecc. dans 3 cas d'aménorrhée.* Bull. off. de la Soc. franç. d'électro-thér., juin 1883.
[4]) Masin, Loc. citato.

Ciò detto, vediamo quale effettivamente sia l'azione dell'elettricità nella cura dell'amenorrea.

Nel secolo passato e fino alla metà di questo l'elettricità impiegata è stata sempre la statica e mai con polo intrauterino. Fu infatti Friedenthal, ripeto, nel 1869, che usò per il primo la corrente continua, e Whittakier, nel 1874, che parlò del polo negativo introdotto nella cavità uterina; eppure prima di questi due autori, e senza una localizzazione precisa dei poli e con elettricità statica, i ginecologi ottenevano buoni risultati nella cura dell'amenorrea.

Quale altre volte era il concetto terapico che si aveva sull'azione dell'elettricità nessuno lo ha precisamente espresso; oggi si dice che il polo negativo è congestionante mentre il positivo ha azione emostatica. Da ciò si è fondata tutta una teoria spiegando con un meccanismo speciale l'azione terapica della corrente che si sprigiona dal polo negativo posto nella cavità uterina. Masin s'esprime così: « Quanto alla spiegazione degli effetti della elettricità nelle anomalie delle regole è probabile che i buoni effetti della faradizzazione e del galvanismo risiedano sui fenomeni vaso-motori (nell'utero), sui riflessi i quali, in pari tempo che contrazioni muscolari provocati dalla corrente, aumentano l'energia e la nutrizione del tessuto uterino. Il polo negativo è considerato come iperemizzante, ed è per stabilire un afflusso di sangue verso l'utero e per mantenervelo con ulteriori applicazioni che ci serviamo del polo negativo intrauterino nella cura dell'amenorrea. »

Al Tripier[1]), la cui autorità in materia è fuori discussione, questa spiegazione ed altre di simil genere, non piacciono, come non piace nemmeno il nome d'elettrolisi che suol darsi all'uso abituale delle applicazioni elettriche che si fanno in questi tempi nella cura dell'amenorrea. Tripier dice: 1° Con un elettrode nudo e con una corrente di 40 a 50 miliamperi durante cinque minuti si ha piuttosto una causticazione chimica anzichè una elettrolisi. 2° Tutti i processi d'elettrizzazione sono stati vantati contro l'amenorrea: la franklinizzazione lo è stata nel secolo scorso (stato variabile o permanente, scintilla o bagno); la faradizzazione, uterina o semplicemente lombo-soprapubica ha dato buoni risultati a Duchenne e ad altri. Il Tripier non comprende perchè deve essere utile il solo polo negativo e non anche il polo positivo messo nell'utero. Attribuisce l'allegata influenza benefica del polo negativo al fatto che è stato attribuito ad esso un potere congestionante mentre sarebbe emostatico il polo positivo. Ciò non è rigorosamente vero essendo più l'effetto d'un pregiudizio popolare basato sopra un'interpretazione forzata d'una asserzione di Remac, dice Tripier, che il polo positivo è antiflogistico; molti autori han concluso da ciò (ciò che Remac non aveva detto) che il polo negativo è congestionante. Si ha perfino dato il polo positivo come emostatico ed il negativo come emorragico; vi è errore di fatto, giacchè tutti e due i poli, a dose sufficiente, beninteso, sono emostatici.

Quale è dunque l'azione dell'elettricità? Quale polo dev'essere introdotto nella cavità uterina?

Non è ben determinato.

È per questo che non ho, a differenza d'altri, fatto cenno nel titolo di questa memoria nè al nome dell'elettrolisi, nè alla qualifica d'elettri

[1]) Labbé, Loco citato.

cità negativa, limitandomi solo a dire: « L'elettricità nella cura della amenorrea » non ostante io mi sia servito del polo negativo intrauterino.

Comunque sia, se non è chiaro il meccanismo dell'azione della corrente elettrica, e pare che possa essere indifferente l'uso dell'uno o dell'altro polo nella cavità uterina, certo è che questo potente fluido risveglia il potere organico assopito delle ovaia, nutrisce e rianima il tessuto uterino facendo affluire sulla sua mucosa maggior quantità di sangue, donde il ristabilimento della funzione mestrua.

Il fatto clinico, empirico, dunque, vi è; se la spiegazione scientifica manca ancora non è una ragione per non servirci dell'effetto terapico.

I casi da me curati sono stati tre; di cui ecco brevemente le storie cliniche.

Osservazione I. — Nel 1891 sono stato consultato dalla signora L. L., multipara, su gravi suoi disturbi dell'apparecchio genitale. Abita sui bordi dell'asciugato lago di Fucino.

La malata è sorella ad un collega medico.

Essa è di circa 30 anni e non presenta nulla a notare dal lato ereditario. Ha avuto due figli a termine ed un aborto; all'occasione del primo parto vi fu lacerazione completa di secondo grado del perineo; puerperi normali; la mestruazione si ripristinò normalmente.

In generale ha goduto sempre buona salute.

Da 4 a 5 anni però aveva notato dei serii mutamenti nel suo essere; sono state dapprima perdite bianche e mestruazione abbondante; poscia, facendo la sua vita abituale e nutrendosi come pel passato, si è vista ingrassare a colpo d'occhio: in 4 anni è aumentata del doppio, e con questo aumento di grasso ha visto svilupparsi una serie di disturbi nell'apparecchio utero-ovarico. Cominciò a risentire dolori alle regioni ovariche, che si irradiavano ai reni ed agli arti inferiori che le impedivano di rizzarsi, di camminare, di stare coricata sul dorso, voltarsi e rivoltarsi nel letto, ecc. La mestruazione in pari tempo è cominciata a diminuire, ed infine scompariva per lunghi intervalli, e mano mano che la mestruazione diminuiva e scompariva, le sofferenze aumentavano d'intensità.

Fece per questo molte cure mediche, ma senza beneficio alcuno.

Quando vidi la malata trovai:

Stato generale. — Soggetto di forte costituzione con salute apparentemente eccellente e faccia vivamente accesa; estremamente grassa; malgrado ciò, malessere generale e sofferenze varie, indefinibili; dolori al dorso ed alle gambe che impedivano la marcia, massime nel fare le scale.

Stato locale. — Metrite cronica cavità uterina 14 centimetri; lacerazione profonda del collo a sinistra con cicatrice e flogosi degli annessi dello stesso lato, per cui riusciva impossibile l'esplorazione bimanuale. La mestruazione mancava da circa due anni.

Faccio diagnosi di metrite cronica probabile con salpingo-ovarite cronica.

Il problema a risolvere era: si deve agire sull'utero prima o sugli annessi?

Fui propenso agire dapprima sull'utero amputandone il collo anzichè aprire il ventre per estirpare l'ovaio malato, ciò che si farebbe in secondo tempo, qualora l'amputazione del collo uterino non avesse esercitato benefica influenza sugli annessi.

Si consulta un collega che divide le mie idee.

Nel maggio 1891 pratico dunque l'amputazione del collo alla Schröder, in modo da comprendere naturalmente la cicatrice dolorosa; la guarigione dell'atto operativo si ottenne regolarmente e delle sofferenze molte sparirono; ma la mestruazione non ricomparve durante tutta l'estate se non sotto forma di qualche accenno.

Nell'ottobre dello stesso anno cominciai le applicazioni elettriche, partendo dalla credenza comune che il polo negativo ha un'azione diretta sullo apparecchio utero-ovarico in quanto che eccita l'innervazione ovarica e determina una congestione sulla mucosa uterina; applicai anch'io la corrente continua col polo negativo nella cavità uterina, pel resto mi attenni al metodo Apostoli.

Dopo la seconda o terza seduta si ebbe un leggiero scolo sanguigno dagli organi genitali, e dopo 15 si determinò un assai abbondante scolo che si mantenne in seguito manifestandosi irregolarmente ogni mese o ogni mese e mezzo. Gli effetti della ripristinata mestruazione sono stati eccellenti, giacchè la signora si rimise per benino potendo agire assai liberamente e non soffrendo più come pel passato.

In seguito rividi la malata parecchie volte; il miglioramento si manteneva; i disturbi però si manifestavano tutte le volte che lo scolo mestruo ritardava.

L'ultima volta che vidi la paziente è stato un mese fa — non avendola vista da circa un anno. — L'ho trovata molto dimagrata ed alquanto anemica, accusando un dolore alla regione della milza, che è ingrossata per infezione palustre. Il flusso mestruo si mantiene quasi normale ed il benessere è completo, essendo l'apparecchio utero-ovarico nelle migliori condizioni, tanto che da questo punto di vista giudico la signora perfettamente guarita.

Questo caso mi suggerisce una considerazione: se io non fossi stato un ginecologo conservatore avrei forse agito direttamente sugli annessi o per lo meno, dopo l'amputazione del collo, visto che le sofferenze generali continuavano immutate, chiunque non avesse fiducia nell'elettricità avrebbe dovuto ricorrere all'estirpazione degli annessi castrando in tal guisa questa donna senza ottenere nemmeno forse la guarigione come si ebbe colla corrente elettrica.

Osservazione II. — Questo secondo caso lo ebbi nel 1892.

Si tratta d'una giovane sposa, sarta, da Rimini, ed abitante a Roma da 6 o 7 anni, in via Alessandria, 3. Ebbe una gravidanza che si terminò all'epoca fisiologica in casa sua; ebbe febbre durante i primi 20 giorni di puerperio, per cui non potè allattare.

Rimessasi infine e ripresa la vita abituale notò come la mestruazione non ricompariva nemmeno dopo parecchi mesi, e cominciò a provare in pari tempo malessere generale; vertigini, nausee e vomiti; si ritenne incinta. Ma passati 6 o 7 mesi, aumentando sempre il malessere, avendo molte sofferenze alle regioni ovariche e non avvertendo nulla di tutto ciò che avvertiva nella prima gravidanza, viene a consultarmi.

Escludo la gravidanza essendo l'utero di grandezza meno del normale, duro, con collo lacerato ed alquanto atrofico; sugli annessi nulla.

Faccio diagnosi di superinvoluzione *post partum*, che tratto coll'applicazione della corrente continua, polo negativo intrauterino.

Fin dalla prima seduta la malata risentì un miglioramento nei dolori delle regioni ovariche con irradiazione alla schiena ed agli arti inferiori. Alla quarta seduta si ebbe uscita di poco sangue dagli organi genitali;

alla ottava la perdita fu abbondante, tanto che stimai bene sospendere la cura.

Mano mano che la perdita sanguigna si faceva maggiore le sofferenze diminuivano.

In seguito la funzione mestrua si ripristinò quasi completamente e la malata si ritenne guarita.

Osservazione III. — Nel maggio 1893 si presenta al mio istituto una giovane sposa bipara dai 25 ai 26 anni, alta, forte, grassa enormemente, rossa in faccia e con un ventre voluminosissimo.

Mi dice presentandosi: « Nel febbraio 1892 le mie regole non comparvero e da quel giorno cominciò ad aumentarmi il ventre provando malesseri indefinibili con nausee ed insonnia. Nell'aprile dello stesso anno consultai un ostetrico, il quale mi disse che ero incinta di tre mesi. Ne fui contentissima, giacchè dei due figli avuti nessuno me ne vive.

« Le regole non mi comparvero più ed il ventre continuò a crescere. Preparai tutto l'occorrente pel neonato, ma arrivata al nono mese non mi sgravai; al decimo nemmanco ed aspetto ancora!

« Ecco intanto il mio ventre, che deve contenere per lo meno mezza dozzina di bambini. »

Era infatti enorme e fatti i calcoli, questa donna avrebbe dovuto essere nel corso del suo quindicesimo mese di gravidanza!

Non era incinta; non si trattava che di adiposi di tutto il corpo, ma in special modo delle pareti addominali che, prese tra le due mani, si sollevavano come un cuscino. Nessun segno gravidico nè sulle mammelle nè altrove; l'utero era al suo posto, alquanto più grosso però; l'isterometria dava 10 centimetri.

Eravamo in presenza, come si vede, d'una amenorrea per diatesi adiposa. Quando l'ammalata seppe che non era incinta provò una vera delusione.

Trattai il caso coll'elettricità negativa intrauterina, che produsse fin dalla seconda seduta un leggiero scolo sanguigno; dopo 12 sedute si ritiene guarita con assai abbondante perdita che viene ogni mese e mezzo circa, perdita che può veramente dirsi vera mestruazione, che si è mantenuta fino a questi ultimi giorni in cui ho rivisto l'ammalata, la quale, ripeto, si sente bene.

Qualche tempo dopo la precedente comunicazione fatta al Congresso ebbi occasione di curare un altro caso di amenorrea per superinvoluzione uterina per mezzo dell'elettricità ottenendo uno splendido risultato. Il caso fu pubblicato dal mio assistente dottor Schiavoni Mario negli Annali di Ostetricia di Milano, 1894.

Al 1° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia tenutosi in Roma nell'ottobre 1894, il dottor Candia comunicò alcuni casi di amenorrea guariti coll'elettricità.

Conclusioni

Se non si spiega ancora il meccanismo dell'azione della corrente elettrica nell'amenorrea, pure essa corrente guarisce la malattia.

Benchè dubbio, se si deve mettere nella cavità uterina il polo positivo o negativo, pure il negativo guarisce e può dirsi che l'elettricità sia il solo mezzo per guarire l'amenorrea transitoria.

Doct. **Foveau de Courmelles** (Paris):

Du curettage électrique par la bi-électrolyse et la pyrogalvanie.

Le curettage à la curette de Récamier, remis en honneur en ces dernières années, n'a pas toujours donné les résultats attendus. Il n'empêche souvent pas la laparotomie ou autres ablations ultérieures. Comme c'est là une véritable opération avec chloroforme, effusion sanguine, immobilisation consécutive, j'ai recherché si l'électricité offrirait des ressources sinon meilleures, du moins égales et ayant pour elles l'avantage de diminuer, pour les malades, l'effroi et les dangers qu'offre toute opération. Après plusieurs années de travaux, les ayant à la fois mûris et consacrés, je suis en possession de deux méthodes, l'une lente, l'autre rapide, dont je vais vous exposer le *modus faciendi* et les avantages.

La méthode lente est la première en date. Elle consiste à utiliser, au sein de la cavité utérine, les réactions chimiques que peuvent y produire les courants continus en présence d'agents thérapeutiques. Il y a là, non pas de simples actions de transport médicamenteux, mais bien des échanges complexes entre les éléments du tissu morbide électrolysé et ceux du médicament qui subit également l'action électrolytique. Cette double électrolyse, que j'ai appelée *bi-électrolyse*, produit des corps à l'état naissant dont l'action thérapeutique est extrêmement puissante.

Cette méthode, dont l'emploi est général, s'applique au point de vue restrictif du curettage dont je m'occupe ici, en employant comme conducteurs utérins du courant électrique continu, soit des tubes renfermant de l'iodure de potassium, soit une série de tiges métalliques en cuivre, fer, zinc... Ces appareils que voici d'ailleurs, ne sont conducteurs, dans l'organisme, *qu'aux points sur lesquels il faut agir;* le reste étant isolé, pour qu'il n'y ait pas de déviation du courant. Il s'y produit de l'iode, de la potasse, de l'acide iodhydrique, des oxychlorures de cuivre, de fer..., le tout à l'état naissant. L'emploi répété un nombre de séances variant de dix à trente fois, guérit les endométrites sans récidive ni complication. Chaque séance dure de quinze à vingt minutes et n'exige que de faibles courants d'intensité variant entre 30 et 50 milliampères.

Cette méthode s'est tellement vulgarisée depuis mes premières communications à l'Institut (Académie des Sciences) et à l'Académie de Médecine de Paris, remontant à 1890, qu'aujourd'hui un certain nombre de confrères, de la meilleure foi du monde, croient l'avoir découverte. D'ailleurs, le docteur Péan, à la suite de cures nombreuses obtenues dans son service de l'hôpital Saint-Louis, a consacré la *bi-électrolyse*, à la séance de l'Académie de médecine de Paris, le 8 novembre 1892.

A cette première méthode, lente et ne s'appliquant surtout qu'aux métrites pures et simples, je préfère la méthode rapide quand il y a propagation des troubles morbides aux annexes. Ce procédé rapide que j'ai appelé *pyrogalvanie*, exige des courants thermiques. C'est en effet une anse galvanique spéciale qui est introduite dans la cavité utérine dilatée de la veille et y agissant *consciemment*, si je puis dire, quoique dans cette obscurité organique. Comme je le disais tout à l'heure, dans l'exposé de la méthode lente, on peut déterminer *les points sur lesquels il faut agir:* ces courants continus faibles produisant là seulement — et la malade l'accuse

— une sensation de douleur plus grande que sur les parties saines. Ce principe d'électro-diagnostic est vrai, qu'il s'agisse de la peau dénudée ou de muqueuses ulcérées. Au même manche de galvano-cautère aboutiront donc dans l'anse galvanique — d'abord électrode exploratrice — le fil de l'un des pôles du courant faible et les fils du courant thermique. Le courant explorateur, fermé par une plaque abdominale, révélera un point ulcéré: une pression fera alors passer le courant thermique gradué à l'avance, pendant deux à trois secondes. Sans sortir l'anse, on la laisse refroidir trente secondes, sinon sa chaleur provoquerait, chez la patiente, de la douleur qui égarerait le diagnostic. Puis nouvelle recherche de point malade, par le courant continu faible, nouvelle action thermique, et ainsi de suite.

Bien entendu, la malade n'est pas chloroformée, puisqu'elle aide elle-même, par ses sensations, le diagnostic.

Cette opération est presque indolore; elle ne provoque aucune hémorragie, aucune complication ultérieure, et la révulsion qu'elle produit a maintes fois guérit l'inflammation des annexes. Huit jours de repos au lit et l'antisepsie rigoureuse pendant et après l'opération suffisent.

Conclusions

Le curettage électrique est indolore et d'une innocuité absolue. Il peut remplacer l'opération chirurgicale du curettage. Il peut se pratiquer de deux façons:

1. *Procédé lent ou bi-électrolyse.* — Action des courants électriques continus avec addition de substances médicamenteuses: tubes renfermant des solutions thérapeutiques, iodurées ou autres; substances métalliques, cuivre, fer, zinc...

2. *Procédé rapide ou pyrogalvanie.* — Un courant continu faible, explorateur, détermine les points lésés où arrive un courant thermique détruisant ces points, et rien qu'en ces points le processus morbide.

Dott. **V. Bazzanella** (Innsbrück):

Nuovo metodo per la misurazione del diametro trasverso del bacino.

Rispettabilissimi Signori! Dappoichè mi si concede l'onore di prendere la parola al cospetto di questa illustre Assemblea e di tenerla occupata, pel breve spazio concesso, sopra un lavoro che potrà riuscire d'interesse per la Clinica, per lo specialista della nostra materia, come anche pel medico pratico, entrando addirittura in argomentazione, esprimo anticipatamente la mia gratitudine per la vostra cortesia d'ascoltarmi.

Voi m'accorderete a ragione che se la scelta d'un atto operativo nel campo ostetrico dipende da più fattori, di cui il bacino tiene il posto primario, ne risulta la doppia necessità e di conoscere l'esistenza d'un restringimento pelvico e di precisarne altresì il grado[1]).

Alla congettura d'una simile eventuale esistenza siamo impulsi, senza dubbio, dall'interrogatorio di malattie pregresse od esistenti, sul decorso di

[1]) Litzmann, Ueber die Erkenntniss des engen Becken. Samml. klin. Vortr., n. 20.

parti precedenti, ecc., e dall'ispezione generale e parziale del corpo. Ci viene poi ancora affrancata dalla misurazione esterna, generalmente in uso, per quanto questa resti sempre empirica, nè valga mai all'esatta classificazione d'un restringimento. Ecco pertanto il bisogno d'introdurre nel campo della pelvimetria metodi tali che ci conducano allo scopo divisato. Lavori che si distesero sopra argomento siffatto sono moltissimi [1]), senonchè la più parte ebbe di mira la misurazione della coniugata vera, quale diametro di prima importanza; laddove le indagini dell'ostetrico non devono confinarsi colla determinazione del diametro retto, ma avanzarsi più oltre ed occuparsi in quello che vanta la precedenza sopra ogni altro dopo la coniugata vera.

E disse bene Löhlein [2]), che la misurazione del diametro trasverso presentò in qualunque tempo le più gravi difficoltà, mentre la sua trascuranza può trascinare a spiacevoli conseguenze.

Se ne avvidero benissimo altri medici, che si misero all'opera. Uno dei primi fu Wellenbergh [3]), il quale ci presentò un metodo pratico per stabilire il diametro trasverso, e dopo di lui van Huevel [4]), Freund [5]), Löhlein [6]) e molti altri, di cui ultimi Küstner [7]), e Skutsch [8]), i quali tutti s'industriarono a inventare o modificare e semplificare metodi preesistenti, per tradurli in pratica utilità.

Non è qui mio compito il passare a rassegna i lavori suaccennati, per farne una critica, perchè non entra nella sfera della mia disquisizione; potrò solo accennare che il pelvimetro accreditato oggidì pel pratico, la cui mercè s'impresero varie esperienze che si resero di pubblica ragione, è quello di Skutsch.

Tuttavolta rileviamo, secondo Schantz, che le differenze, nella ripetizione molteplice delle misurazioni sulla stessa donna, vanno oscillando da 0-10 millimetri.

Landerer [9]), trovando pure simili differenze e pensando che la causa di consimile divario proceda dalla malagevolezza di poter tenere immobilmente ferma la donna nel momento di attuare l'esplorazione, consiglia un apposito tavolo ginecologico, in forza del quale ottenne realmente successi migliori.

Ma tale apparecchio resterebbe, si può dire, un privilegio delle Cliniche, mentre sarebbe sommamente lodevole e desiderabile che il mezzo fosse anche alla mano del medico pratico.

Per sodisfare simile esigenza, stando le cose nei termini sovraesposti a riguardo del diametro trasverso, venni a questa riflessione: qualora si potesse riuscire a trasportare esternamente sopra una sbarra in modo semplice e pratico i due punti terminali del diametro in discorso, sarebbero superate le difficoltà mosse ragionevolmente da Landerer e riscontrata comodamente la lunghezza del diametro, misurandone la distanza che passa tra i punti mentovati.

[1]) Arch. f. Gynäkol. Bd. XVII.
[2]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. B. XI.
[3]) Müller, Handbuch der Geb.
[4]) Idem.
[5]) Idem.
[6]) Idem.
[7]) Arch. f. Gyn. B. XVII, XX.
[8]) Skutsch, Die praktische Verwendung der Beckenmessung, 1891.
[9]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. B. XXIII.

Vinti certi ostacoli, realizzai il progetto, ideando, onorevolissimi Signori, il pelvimetro che insieme al modo d'applicazione ed ai risultati da me ottenuti, mi compiaccio offrire alla vostra considerazione.

L'istrumento si compone di due parti e precisamente d'un braccio fisso e d'una sbarra.

La branca metallica fissa, che lievemente s'incurva e diventa piatta sul dorso, va a finire superiormente in foggia di bottone, mentre nella parte inferiore si protende in due indici, che scorrono a vicenda paralleli. Tra questi sta un settore di cerchio a lungo raggio, il quale può girarsi in un piano perpendicolare a quello collocato fra gli indici, perchè sorretto da un prisma triangolare d'acciaio, il cui taglio s'appoggia a due sostegni formati dagli indici medesimi. Il punto di gravità, posto verticalmente al di sotto del taglio prismatico, viene additato da una linea di demarcazione tracciata su ambo i lati della circonferenza del settore; il quale ultimo è munito d'un piccolo peso, acciocchè rimanga più agevolmente in equilibrio stabile, tenendo l'istrumento in posizione verticale. In questo caso la linea che unisce il taglio del prisma col punto di demarcazione sarà anch'essa verticale.

Immediatamente al disopra del prisma d'acciaio apparisce inoltre la branca fissa, fornita d'un asse sporgente per ogni verso in direzione sagittale, il quale costituisce verso il lato convesso del braccio una superficie, il cui piano, se verticale, si trova precisamente sulla verticale, che corre pel centro di gravità del settore medesimo. Una retta poi, che leghi la estremità a bottone colla punta degli indici, tocca, in base alla formazione dell'istrumento, anche la superficie dell'asse, derivandone con ciò, che la punta degli indici, la cima a bottone e la superficie dell'asse stanno sulla medesima retta. Ora, se teniamo lo strumento in modo, che gli indici vadano a combaciare appieno colla linea di demarcazione del settore posto in equilibrio stabile, ne emergerà all'evidenza che sarà benanco verticale la retta che dall'estremità a bottone si stende pel piano dell'asse sino alla punta degli indici.

Che se ciò è vero, come lo è in realtà, nessuno mi opporrà che non possa, a mio beneplacito, scambiare un punto del piano dell'asse con quello dell'estremità a bottone, siccome l'uno e l'altro dei due giacciono sulla stessa verticale.

La sbarra, che è la parte trasversale, rappresenta in miniatura un fissatore delle ginocchia, quale si adopera nelle operazioni ginecologiche. Mediante due anelli si rendono scorrevoli nella lunghezza di detta sbarra due piastrine metalliche scambievolmente parallele in direzione sagittale e perpendicolari alla medesima, le quali, essendo provvedute di vite nella parte inferiore di questa, si ponno rassodare in qualunque siasi punto. Così gira eziandio su essa un'assicina metallica graduata in millimetri, per misurare la distanza delle piastrine, dopochè queste sieno state fissate a scopo di misurazione.

La maniera, con cui si può effettuare la misurazione, è facilmente attuabile.

Chi l'intraprende, dispone anzitutto perchè la gravida stia in posizione retta, accostandola a tal uopo ad una parete, che s'appigli colle mani a due sedie, per meglio restare immobile e che tenga le gambe divaricate; siede quindi a lei dinanzi sopra uno sgabello assai basso, e fissa all'ultimo la sbarra al di sopra delle ginocchia, circa 23 centimetri dalla piega coscio-perineale. Ciò fatto, immette nella vagina la cima a bottone della branca fissa sino al punto terminale del diametro trasverso dell'entrata

del bacino coll'aiuto di due dita della mano sinistra per la parte sinistra, mentre coll'altra mano muove lateralmente lo strumento, fintantochè la punta degli indici collimi perfettamente colla linea di demarcazione del settore, stante in equilibrio stabile.

Quindi coll'assistenza d'una persona che sostenga con una mano il gomito del braccio del misuratore, le cui dita dirigono nella vagina la branca metallica, si mette in moto la piastrina sinistra in senso eccentrico, sinchè pervenga ad addarsi colla faccia del perno del braccio fisso, nel qual punto s'assoda mediante la vite. Per tal mezzo, quando i tre punti suddetti della branca poggiano sulla medesima verticale, si potrà reputare trovato, per dimostrazione anteriore, il punto estremo del diametro trasverso nella faccia esterna della piastrina ricordata. Ora, rimosso il braccio fisso e scambiata la mano, rinnovo la stessa operazione dalla parte destra, per avere l'eguale risultato.

Conseguito anche quest'ultimo, avrò che le faccie laterali delle due piastrine mi segneranno due estremi del diametro trasverso, e sull'asticina graduata potrò comodamente leggere la loro distanza, appena allontanato il fissatore delle ginocchia.

Tale distanza appunto mi darà la lunghezza del diametro trasverso, che è giocoforza trovare.

Qui è di somma importanza, per avere un felice risultato, notare che nell'applicazione dello strumento deve il braccio fisso precedere la sbarra e la superficie dell'asse di quello ha da essere il più possibile in direzione sagittale, ondechè la superficie dell'asse convenga per bene colla faccia esterna delle piastrine metalliche.

Con somiglianti cautele non ho alcun dubbio che ciascuno sortirà quegli stessi profitti che io ebbi su 11 pluripare e 9 primipare, col ripetere tre volte la misurazione sulla medesima donna.

Aggiungo tosto in apposite tabelle i miei risultati.

Prima tabella — **Pluripare.**

F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.	F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.
1	3	11.9 11.9 11.95	1/2	7	3	11.5 11.6 11.6	1
2	»	11.4 11.3 11.3	1	8	»	12.2 12.3 12.15	1 1/2
3	»	10.75 10.75 10.65	1	9	»	12.8 12.9 12.9	1

F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.	F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.
4	»	11.5 11.5 11.6	1	10	»	12. 12. 12.	0
5	»	11.65 11.55 11.5	1 ½	11	»	12.1 12.1 12.	1
6	»	11.25 11.25 11.35	1	»	»	» » »	»

Differenza massima 1½ millimetri 2 volte.
Differenza minima 0 » 1 volta.

SECONDA TABELLA — **Primipare.**

F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.	F. gravide	Femmine misurazioni	Diametro trasversale	Diff. mm.
1	3	10.85 10.9 10 85	½	6	3	11.4 11.4 11.4	0
2	»	10.60 10.65 10.45	1 ½	7	»	12.1 11.9 11.9	2
3	»	9.4 9.5 9.5	1	8	»	12.5 12. 12.5	1
4	»	12 8 12.8 12.7	1	9	»	12. 12.5 12.	½
5	»	11.65 11.5 11.65	1 ½	»	»	»	»

Differenza massima 2 millimetri 1 volta.
Differenza minima 0 » 1 volta.

Dopo ciò mi sia lecito dire che la misurazione col mio pelvimetro è pressochè perfetta, dappoichè le oscillazioni dei risultati variano da 0-2 millimetri rapporto al diametro trasverso d'un bacino normale di 13 centimetri circa, che l'applicazione dello strumento, oltre d'essere semplice affatto, non è nemmeno molesta a senso della donna che la subisce, e che l'immobilità di questa dura sino a misurazione completa.

Cadono pertanto le difficoltà accennate dal Landerer nel metodo Skutsch, e svanisce interamente la necessità d'un tavolo ginecologico all'uopo.

Premettendo ora che la visita digitale per la determinazione del diametro retto dà al pari di altri pelvimetri risultati soddisfacentissimi, potremo colla misurazione digitale per la coniugata vera e mediante il mio pelvimetro pel diametro trasverso, determinare il grado d'un eventuale restringimento del bacino.

In tal modo il mio metodo, per la facilità d'applicazione e gli ottimi risultati ottenuti, può ridondare a profitto dell'ostetrico specialista e del medico pratico.

Se i fatti corrisponderanno alle mie previsioni, sarò felice d'aver portato anch'io un piccolo tributo nel campo della pelvimetria.

Il pelvimetro viene fornito dalla Ditta E. Mayer, fabbricante d'istrumenti chirurgici, ecc., a Innsbrück.

Prof. **D. Draghiesco** (Bukarest):

Une observation de rupture du cœur pendant l'accouchement (période d'expulsion) — Mort subite.

La nommée A. R., âgée de 32 ans, entre le 2 juillet 1893 à la Maternité de Bukarest.

Au terme de sa grossesse, elle se croit en travail. Rien d'important à noter dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels nous apprenons qu'elle a toujours été bien portante; elle prétend du moins n'avoir jamais présenté aucun trouble fonctionnel qui puisse nous faire penser à une lésion du cœur ou d'un autre organe.

L'apparition des premières règles remonte à l'âge de 16 ans; depuis elle a été bien réglée; ses règles duraient quatre jours, et la quantité de sang n'a jamais été trop abondante.

Quatre grossesses antérieures: la première à terme, accouchement spontané, enfant mort-né sans cause appréciable; les trois dernières ont évolué normalement: les accouchements normaux et les enfants vivants.

Les dernières règles de la présente grossesse ont eu lieu au commencement du mois d'octobre 1892. La malade ne peut pas préciser l'époque d'apparition des premiers mouvements du fœtus.

La grossesse actuelle s'est passée, comme les autres, sans aucun accident.

La femme est d'une constitution faible. L'examen clinique soigneusement fait ne permet de constater aucune affection organique. Les urines sont normales. La grossesse est à terme, période prodromique, le liquide amniotique plus abondant que d'habitude; le fœtus vivant se présente par l'extrémité céphalique, mobile au détroit supérieur.

Le 8 juillet, à 4 heures de l'après-midi, le travail commence. Au toucher, on trouve le col effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de deux francs.

Les bords de l'orifice utérin sont épais et œdématiés. Présentation de la face en M. J. G. P. Les contractions utérines sont rares et faibles.

Le 9 juillet, à 10 heures et demie du matin, les membranes se rompent spontanément, laissant s'écouler une grande quantité de liquide amniotique. A 5 heures de l'après-midi, l'orifice utérin est dilaté comme une pièce de cinq francs; les contractions utérines deviennent spasmodiques; la malade crie, fait des efforts et s'agite dans son lit. On lui prescrit des lavements de chloral laudanisé et des injections sous-cutanées de morphine, à la suite desquelles l'état spasmodique des contractions utérines cesse.

A 6 heures et 20 minutes du même jour l'orifice utérin est complètement dilaté, la période d'expulsion commence, la face est engagée, la rotation interne est en partie accomplie et le menton se trouve à gauche et en avant. A 7 heures de l'après-midi, tout d'un coup, pendant de grands efforts, l'état général de la parturiente s'aggrave; elle a de la dyspnée, la cyanose de la face, les extrémités se refroidissent, le pouls est petit, misérable, irrégulier. Par la bouche et par le nez s'écoule une petite quantité de liquide sanguinolent, écumeux.

On donne immédiatement à la femme la position obstétricale, on applique le forceps Tarnier et on extrait l'enfant asphyxié, qui ne peut pas être rappelé à la vie malgré tous les moyens employés.

Délivrance artificielle.

L'état de la femme est excessivement grave. L'orthopnée, la cyanose de la face, le refroidissement des extrémités et du reste du corps s'accentuent de plus en plus, le pouls est imperceptible et un liquide écumeux sanguinolant s'écoule par la bouche et par le nez.

L'utérus est flasque, en état d'inertie complète. La femme perd connaissance, et succombe à 7 heures et demie de l'après-midi.

L'enfant pèse 3300 grammes; long 50 centimètres. La tête présente les caractères d'une dolicocéphalie prononcée.

Les différents diamètres mesurent:

O.F.	13.5	cm.
O.M.	12.	»
Bi.P.	8.5	»
Bi.T.	8	»
S.O.B	9.5	»

Nécropsie. — Les téguments du cadavre de la femme sont pâles: anémie. A l'ouverture du cadavre nous trouvons: *Thorax.* — Dans la cavité pleurale droite une très petite quantité de liquide citrin. La cavité pleurale gauche est très distendue, et on y trouve une quantité considérable de sang noir, liquide, tenant en suspension des caillots. Au dessous de la région du hile pulmonaire correspondant il existe une forte adhérence au niveau du sillon interauriculaire du cœur, qui réunit le péricarde aux parois des oreillettes, d'une part, et à la plèvre médiastinale gauche, de l'autre; au même niveau, on constate un orifice irrégulier, mesurant deux cm. et demi, qui transverse les adhérences d'entre les parois des oreillettes, le péricarde et la plèvre médiastinale, et qui fait communiquer l'intérieur des oreillettes avec la cavité pleurale gauche. La cloison interauriculaire était aussi déchirée.

Les poumons normaux.

Le péricarde. — Sur la face postérieure du cœur, le feuillet pariétal est adhérent à son feuillet viscéral, ainsi qu'à la plèvre médiastinale correspondante, sur une surface un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs, adhérence traversée par la déchirure décrite sur la plèvre.

La cavité péricardique, disparue au niveau de la symphyse cardiaque, existe seulement à la région antérolatérale, et nous y trouvons une petite quantité de liquide citrin. Pas de sang dans la cavité du péricarde.

Le cœur, de grandeur moyenne, gras, flasque. A sa face postérieure on remarque, au niveau des deux oreillettes et de la cloison interauriculaire, une adhérence au péricarde et une déchirure complète du muscle cardiaque à ce niveau; déchirure qui correspond exactement avec les autres du péricarde et de la plèvre.

Les bords de la rupture sont irréguliers, déchiquetés et échymosés.

L'adhérence réunissant intimement les parois des oreillettes au péricarde et à la plèvre médiastinale gauche (où la déchirure s'est produite) explique pourquoi le sang s'est épanché directement dans la cavité pleurale gauche, au lieu de s'épancher dans la cavité du péricarde, comme cela a lieu habituellement dans les cas de rupture du cœur.

L'oreillette droite est plus dilatée qu'à l'état normal, ses parois sont amincies.

Abdomen. — Peu de liquide dans la cavité péritonéale.

Foie anémié, hypertrophié et un peu gras.

Rate hypertrophiée.

Reins anémiés et hypertrophiés présentant à leur surface des bosselures assez prononcées. La substance corticale est amincie et pâle; les pyramides sont irrégulières. La capsule se décortique facilement.

Estomac et *intestins* normaux.

Organes génitaux. — Utérus anémié; les parois sont flasques, amincies. Trompe gauche dilatée. Dans son voisinage on remarque quelques petits kystes paraovariens.

Corps jaune dans l'ovaire droit.

L'*examen microscopique du cœur* fait à l'Institut de bactériologie et de pathologie, dirigé par M. le professeur Babes, donne le résultat suivant:

Fibres musculaires cardiaques dégénérées, granulées; sur la coupe on aperçoit quelques capillaires remplis de cellules mononucléaires, qui sont peut-être des cellules endothéliales gonflées.

Dott. **G. Cosentino** (Palermo):

Nuovo contributo ai metodi di riduzione dell'utero.

Nella seduta del 20 agosto, al XIV congresso dell'Associazione medica italiana tenuto in Siena, ebbi l'onore di esporre un caso di riduzione dell'utero inverso mediante la laparotomia.

In quella solenne festa del lavoro intellettuale dichiarai che un solo risultato non mi prestava larga base per una conclusione, ma che il successo così brillante ottenuto mi autorizzava a domandare, se nei casi nei quali è svanita la speranza della riduzione col *taxis*, prima di passare all'asporta-

zione dell'organo, non sia precetto il tentativo di riduzione per la via addominale.

Reputo a fortuna, se oggi dinanzi al giudizio di dotti cultori dell'ostetricia, io possa rinnovare la domanda con maggior fiducia, perchè avvalorata da un secondo risultato non meno interessante del primo per le circostanze sfavorevoli che al caso in esame presentava rispetto al primo alla tecnica operativa. Vero è, che a rigorose conclusioni un'altra osservazione isolata non potrà condurci, ma non è da sperarsi da un solo uomo, sia pure fornito di vasto materiale clinico, un contributo di numerose osservazioni, giacchè se da una parte è relativamente raro il genere di malattia, dall'altra parte, come è noto, sono abbastanza poco numerosi i casi d'inversione i quali resistono ad un trattamento sistematico.

Si sa che, anche nell'inversione esistente da molti anni, è sempre possibile di ristabilire, senza ricorrere ad operazioni od a manovre violenti, le condizioni normali. Non sappiamo fino a quanto tempo dopo l'avvenuto accidente possiamo sperare nella manovra del taxis. Tyler, Smith e Noeggerath riuscirono, il primo dopo 12 anni, e il secondo dopo 13 anni, a ridurre l'utero inverso. Certo è che nella grandissima maggioranza dei casi si perviene sempre ad ottenere la riduzione, ciò che fece scrivere all'Hofmeier, che egli non ha visto un caso d'inversione che finalmente non si fosse ridotto. « Ich habe » scrive a pag. 282 del *Grundriss der Gynäkologischen Operationen* il professor di Würzburg « keine Inversion gesehen, welche nicht schliesslich dabei zurückgegangen wäre. » Ma, com'egli si affretta a soggiungere, si presentano dei casi nei quali la manovra di riduzione non conduce allo scopo o non può essere eseguita (dasselbe nicht zum Ziel führt oder nicht durchgeführt werden kann).

È in questa circostanza, dove per generale consenso degli ostetrici si suole praticare l'asportazione, che io ho eseguito la riduzione dell'organo aprendo il ventre della donna col metodo proposto ed eseguito dal Thomas di Nuova York[1]), e da me modificato.

Il ginecologo americano per vincere l'ostacolo che la costrizione del collo uterino opponeva alla riduzione dell'utero inverso, fece la laparotomia, dilatò forzatamente l'anello cervicale mediante un apposito strumento e ridusse l'utero, facendolo calcare dalla via vaginale. Delle due donne operate dal Thomas una morì di peritonite, l'altra guarì attraverso una serie di pericoli. Il metodo, a cagione di questi pericoli, fu abbandonato per 16 anni, allorchè Mundé, nel 1884[2]), non riuscendo a ridurre un utero inverso colla manovra del taxis tentò invano la manovra del Thomas. In Italia, per quanto io sappia, dopo la mia comunicazione al Congresso di Siena, non trovo riferito alcun altro tentativo oltre quello del professore D'Antona al Congresso di chirurgia di Bologna; un tentativo infruttuoso, che costrinse il patologo di Napoli a praticare una profonda incisione longitudinale a tutto spessore del tumore per poterne ottenere la riduzione.

Basterebbe la semplice esposizione di questi risultati, che ci rivela la scarsa letteratura dell'argomento, per convincerci che il metodo Thomas non

[1]) Diseases of women, 1877, p. 434.

[2]) Laparotomy for reduction of an inverted Uterus, " American Journal of Obstetrics, " vol. XXI, p. 1279.

incoraggia molto, d'onde è ormai concorde l'opinione degli ostetrici di accordare la preferenza all'isterectomia.

Il metodo Thomas, come fu descritto ed eseguito dall'autore, è un taxis a ventre aperto coi pericoli dell'apertura della cavità addominale e del taxis forzato.

L'errore, a mio modo di vedere, sta in quest'ultima parte, cioè nella dilatazione forzata dell'infundibulo d'inversione.

Ora, come scrissi altra volta [1]), è logico pensare che, eliminando questi pericoli colla più rigorosa antisepsi da una parte, e col sostituire dall'altra parte una manovra dolce e graduata, il metodo di Thomas verrebbe mutato in taxis dolce con tutti i suoi vantaggi.

Dilatando con dolcezza il canale cervicale senza impiego di forza, si giunge a ridurre a grado a grado le parti inverse. La cervice, che difficilmente si lascia aprire colla violenza, cede alla lunga e graduata pressione o trazione che agisce moderatamente. La regolare distensione della volta vaginale, la regolare e duratura pressione sul corpo dell'utero rendono facile la dilatazione del canale cervicale, al che contribuiscono forse le contrazioni delle fibre muscolari dell'organo, quando una parte di esso è stata ridotta.

Su questi principii è basata la manovra di riduzione nel processo che vado a descrivere e che, ripetuto due volte, ha risposto all'appello con completo successo.

Aperta la cavità del ventre e messo allo scoverto il cercine duro del muso di tinca, introduco la mano destra in vagina e cerco di spingere il corpo dell'utero in alto (senza contropressione dalla via addominale), finchè il muso di tinca, mano mano che gli attacchi vaginali acquistano un certo grado di tensione, comincia a dilatarsi, ad estroflettersi. Allora a mettere in giuoco l'azione dei legamenti larghi ai quali si attribuisce tanta parte nella riduzione spontanea dell'organo, senza ritirare la mano destra dalla vagina, applico colla mano sinistra due pinzette di Martin sulle trombe di Falloppio e sui legamenti rotondi da ambo i lati, e l'affido ad un assistente per esercitare dolce trazione in alto e allo esterno. Queste trazioni sono sufficienti perchè l'orificio interno si dilati in modo da permettere di applicare quasi sulla inserzione uterina delle trombe un'altra pinzetta e di esercitare contemporaneamente delle trazioni colla pinzetta, e delle pressioni con due dita della mano introdotta in vagina sopra un corno uterino e successivamente sull'altro e sul fondo dell'utero inverso.

In pochi minuti, con impiego minimo di forza, cedendo le parti comprese fra le branche della pinzetta e le dita della mano in vagina, mi è riuscito di ridurre quell'organo che aveva resistito agli altri mezzi adoperati.

E qui mi piace far osservare che appena uno dei corni uterini sorpassava l'orificio interno dilatato, tutto il rimanente corpo dell'utero lo seguiva con un movimento vermicolare, cioè per propria attività, per sviluppo di contrazioni muscolari.

Animato da un primo successo in un secondo caso d'inversione completa che datava da circa sette anni, dove si erano invano sperimentati a varie riprese da diversi chirurgi e da me i tentativi di riduzione con

[1]) Vedi Cosentino, Contributo ai metodi di riduzione nell'inversione cronica. — *La Sicilia medica.*

pazienza e perseveranza, mi accinsi a rinnovare la prova. Si trattava della signora Diana, da Raffadali, in provincia di Girgenti, di anni 30, maritata da otto anni, il 17 dicembre 1884.

Rimasta incinta subito dopo il matrimonio, si sgravò, a termine di gravidanza, il 13 ottobre 1885 di una femmina che aveva due giri di cordone attorno al collo. Ritardando l'uscita della placenta, la levatrice assistente tirò sul cordone, e insieme alla placenta venne fuori il corpo dell'utero.

La grave sincope che seguì all'avvenuto accidente impedì l'immediato soccorso e si dovette aspettare alcuni giorni per il primo tentativo di riduzione col taxis, che riuscì infruttuoso. Nello spazio di sette anni furono a varie riprese escogitati ripetuti altri tentativi di riduzione, e con rara persistenza, e quando fu scomparsa ogni speranza di guarigione senza un atto operativo, il 22 maggio 1892, coll'assistenza dei dottori Marchesano, Grita, Mosella, Russo e Di Blasi praticai la riduzione dell'organo mediante la laparotomia. La manovra riuscì come nel primo caso[1]), semplice e facile; due piccole lacerazioni peritoneali sanguinanti furono riparate con punti di sutura al catgut e la guarigione decorse in completa apiressia.

Delle due operate che godono completo benessere, la prima rimase incinta alcuni mesi dopo l'operazione e si sgravò felicemente a termine di gravidanza.

Per questo secondo risultato favorevole, per lo spirito conservativo a cui s'informa la chirurgia moderna, io mi sento più incoraggiato a rinnovare la domanda se, prima di asportare un organo così importante dell'organismo muliebre non sia precetto il tentativo di riduzione per la via addominale.

Doct. **J. M. De Yta** (Mexico):

Étude comparative des dimensions du pelvis mexicain et de l'européen — Modifications qui déterminent la manière d'être spéciale du premier dans le mécanisme de l'accouchement.

Le pelvis, cette partie du squelette entre les fémurs et la partie lombaire de la colonne vertébrale, qui attire tant l'attention du physiologue par le grand nombre de phénomènes statiques et dynamiques que présentent les feuillets délicats qui le composent, dans les positions variées que peut prendre le corps, ainsi que dans la multitude de mouvements qu'il est capable d'exécuter, comment n'intéresserait-il pas le chirurgien accoucheur qui, plus que personne, doit en connaître tous les détails, puisque c'est là que se vérifient les remarquables phénomènes de la conception, de la gestation et de l'accouchement?

Non sans raison a-t-il été l'objet des observations les plus attentives de la part des chirurgiens accoucheurs de toutes les nations. La division logique en grand pelvis et petit pelvis, qu'on a fait, il y a des siècles, les observations attentives de leurs différents diamètres, les mouvements auxquels se prêtent leurs articulations dans le moment de l'accouchement par la transformation des symphyses en arthrodies, toutes ces observations réunies mon-

[1]) Vedi *La Sicilia medica*, anno III, fasc. 9.

trent l'harmonie de la nature dans toutes ses fonctions; mais cette harmonie même, comme tous les phénomènes naturels, est quelquefois soumise à des bouleversements plus ou moins remarquables, qui dépendent tantôt des circonstances individuelles, tantôt des collectives.

C'est ce que l'on remarque en étudiant le pelvis mexicain, qui, comparé à l'européen, adopté comme type, présente certaines particularités.

Les premières observations ont été faites par le très studieux docteur M. Juan Maria Rodriguez, avant qu'on eût établi, dans notre capitale, le premier hôpital de maternité, fondé, en 1866, par l'impératrice Charlotte. Ce professeur avait déjà observé la majeure hauteur des symphyses pubiennes. Lorsqu'il fut nommé directeur de cet hôpital de maternité, il avait déjà assez de données pour appuyer son opinion qui était le fruit de beaucoup d'observations très consciencieuses.

Les résultats de ses observations, dus à la collaboration de quelques-unes de nos authorités médicales, parmi lesquelles on compte MM. les docteurs Francisco Ortega, professeur d'anatomie, Roseudo Gutierrez, Nicolas San Juan, J. B. Calderon, ont été publiés dans son *Guide clinique de l'art des accouchements* (*Guia clinica del arte de los partos*), et, même avant, dans ses leçons orales sur la Clinique des Accouchements dans notre Ecole Nationale de Médecine.

Quelques-uns de ses élèves, dédiés à cette spécialité, ont confirmé et ratifié ces études; moi, entre autres, pendant la longue pratique que j'ai eu comme directeur de l'Hôpital de la Maternité de Puebla, dès sa fondation (avril 1885).

Je partagerai mon étude en deux parties. Dans la première, je m'occuperai de la conformation générale du pelvis, de l'inclinaison des détroits, autant du supérieur que de l'inférieur et de la « symphyse pubienne », des dimensions de leurs différents diamètres, de la direction de l'axe du canal, enfin de la pelvimétrie intérieure; dans la deuxième partie, j'exposerai les diverses modifications et difficultés que présente l'accouchement comme résultat final de la manière d'être du pelvis.

Première partie. — Je me limiterai à la description des points qui ont un intérêt direct en obstétrique, et je m'abstiendrai de donner les détails du procédé qui sert à évaluer l'inclinaison, pour n'en montrer que les résultats.

Le pelvis osseux est formé par la réunion du sacrum et du coccyx en arrière, avec les deux os iliaques sur les côtés et en devant.

Comme nous le savons, on a comparé sa forme générale à une cavité conique, légèrement tronquée et aplanie dans le sens antéro-postérieur; la base se trouve au-dessus et la partie tronquée au-dessous. Il présente une surface intérieure et une extérieure; on a divisé la première, qui est l'objet de mes recherches, en grand et en petit pelvis.

De la forme excentrique des os pelviens, il résulte qu'il est très difficile de se former une idée bien claire de la cavité.

Pour y arriver, on étudie généralement une série de plans, tracés à différentes hauteurs, à travers des parois pelviennes, qui servent à démontrer les altérations de forme et de dimensions du canal osseux dans les points choisis pour cette étude. On appelle *plan* une simple superficie mathématique, faisant abstraction de son épaisseur ou de sa profondeur.

Les ouvertures supérieure et inférieure du pelvis étant un peu étroites, on les a appelées respectivement *détroit supérieur* et *détroit inférieur;* l'espace compris entre elles prend le nom d'excavation pelvienne ou cavité du bassin.

Le grand pelvis marque la limite inférieure de la cavité abdominale; il est destiné à contenir une partie des viscères abdominaux, les organes génito-urinaires, l'utérus gravide pendant la gestation. Il a trois parois: une postérieure, formée par les dernières vertèbres de la colonne lombaire, qui termine au promontoire, et deux latérales, formées par les fosses iliaques internes, dirigées obliquement en bas et en dedans.

On a pris les mesures des grands diamètres transverses, entre les épines iliaques antéro-supérieures et les parties plus élevées des crêtes iliaques. Chez les différents auteurs, on trouve de grandes variétés de dimension. On a évalué la longueur du premier entre 22 et 23 centimètres et celle du deuxième de 23 à 24.

Pour ce qui est de la mesure de ces deux diamètres on a pu observer une petite différence dans le pelvis mexicain, quelquefois de plusieurs millimètres. Cette circonstance nous explique la largeur de la hanche des femmes mexicaines, peut-être aussi pourra-t-elle nous donner une explication de la fréquente apparence du *ventre à sac.*

Maintenant, je m'occuperai de l'étude du petit pelvis en commençant par la détermination des angles d'inclinaison du plan de ses détroits.

J'appuyerai mes observations sur les résultats obtenus par MM. le docteur Florencio Flores, en 1881, le professeur Rodriguez avant lui et le docteur José de J. Sanchez Gomez, en 1891, dans sa thèse d'inauguration. Ceux du premier se réfèrent à 26, ceux du second à d'innombrables observations, enfin ceux du dernier à 50 cas; il a fait cadeau des pelvis préparés, à l'Ecole de Médecine.

L'inclinaison du plan du détroit supérieur varie, en moyenne, entre 61°5′ et 65°6′ et celle du détroit inférieur de 18°35′ à 21°. La valeur de l'angle du détroit inférieur est, en moyenne, de 18°35′.

L'angle d'inclinaison de la symphyse pubienne, en relation avec le vertical, varie entre 34° et 45°.

Quant à la valeur de ce dernier angle, l'opinion des différents auteurs varie. MM. Cazeaux et Tillaux l'estiment à 15°, 20°, 45°.

Le petit pelvis, compris entre les deux détroits, est composé de quatre parois: une antérieure transversalement concave, deux latérales aplanies et une postérieure longitudinalement concave.

L'antérieure, qui est moins haute et est formée par la symphyse pubienne, comparée avec celle des femmes du vieux monde, présente, en particulier, une plus grande hauteur, parce qu'au lieu des 30 à 40 millimètres de l'européenne, la mexicaine présente 50, 60 et quelquefois jusqu'à 70 et 80 millimètres.

La paroi postérieure, fermée par la face antérieure du sacrum et du coccyx, est la plus haute de la cavité; elle se dirige en bas et est courbée de devant en arrière.

Mesurée, au moyen d'une ligne tirée de l'angle sacro-vertébral au sommet du sacrum, elle donne de 11 à 11 $^1/_2$ centimètres, à la pointe du coccyx 12, et suivant la courbe du sacrum 138 millimètres.

Les parois latérales se dirigent en dedans, en arrière et en haut, d'où il résulte une contraction transversale de haut en bas.

Les dimensions des diamètres du détroit supérieur pour l'antéro-postérieur sont de 106 à 108 millimètres, celles du transversal de 125 à 130 et celles des obliques de 115 à 120.

Les dimensions des diamètres de la cavité sont: pour l'antéro-postérieur 115 millimètres, pour l'oblique 120 et pour le transversal 120.

Celles du détroit inférieur pour l'antéro-postérieur sont de 85 à 95 millimètres; de 95 à 100 pour l'oblique et de 100 pour le transversal.

En comparant ces mesures avec celles des auteurs européens, on trouve immédiatement une diminution des diamètres antéro-postérieurs, principalement pour ceux de l'excavation et du détroit inférieur, le supérieur restant dans la moyenne normale.

Cette diminution est due à la plus grande hauteur de la symphyse et à sa plus grande inclinaison. Je m'arrêterai encore un moment sur ce point, parce que c'est où l'on remarque les différences qui sont l'objet principal de ce travail.

On s'aperçoit immédiatement de la diminution du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, qui est de 2 à 3 centimètres plus petit.

De la hauteur plus grande de la pointe du coccyx, qui est de 2 à 2.5 centimètres au lieu de 16 à 18 millimètres, que donne Naegele, il résulte une inclinaison plus grande du plan du détroit périnéal, parce qu'il se forme un angle plus ouvert.

La direction presqu'horizontale de la vulve et la longueur moindre de la partie postérieure du périnée, l'extension du détroit périnéal étant plus limitée et ayant la vulve 8 centimètres, font qu'il reste, pour la distance, entre la fourchette et la pointe du coccyx, un espace assez court, de 4 à 5 centimètres, que se partagent entre eux le rectum et le périnée, circonstance qui nous explique d'une manière satisfaisante pourquoi le périnée est si exposé à se déchirer chez les femmes mexicaines, et les grandes précautions qu'il faut prendre pour éviter cet accident.

Etant donnée cette disposition du détroit périnéal et la plus grande inclinaison du détroit supérieur, il faut que la direction de l'axe des plans soit différente et qu'elle passe par d'autres points que ceux qu'on a fixés pour le pelvis des femmes du vieux monde.

En effet, l'axe du détroit supérieur sort d'un point situé un peu plus bas que la cicatrice ombilicale et, en prolongeant sa trajectoire, il passe en touchant légèrement le sommet du coccyx.

L'axe du détroit inférieur, qui part du centre du même plan respectif, ne touche pas le point d'union de la première et seconde vertèbres sacrées, mais un autre plus élevé, voisin au promontoire, et quelquefois il passe devant celui-ci.

Les axes forment, à leur point d'union, un angle obtus d'un sinus très ouvert, et dont l'inclinaison avec l'horizontal augmente la courbe hyperbolique, qui marque géométriquement la trajectoire du canal, étant plus concave par la diminution de ses premières ordonnées; d'où il résulte une direction plus élevée et moins inclinée en comparaison de la branche inférieure. Il faut avoir en vue cette particularité:

1° Pour pouvoir guider le doigt d'une manière convenable, en pratiquant l'examen vaginal, et introduire le miroir sans hésiter et sans incommoder la femme;

2° Pour connaître le chemin que le fœtus doit parcourir pendant le travail de l'accouchement;

3° Pour connaître la direction que le contenu doit suivre soit en le faisant sortir avec les mains, soit au moyen d'instruments.

M. le professeur Rodriguez, de jour en jour plus expérimenté, quant à la disposition spéciale de l'axe pelvien des mexicaines, a établi des règles très sages pour pouvoir surmonter toutes les difficultés.

Voilà les résultats obtenus par l'étude de chacun des points qui composent cette première partie.

Il nous fait comprendre tout de suite, qu'il y a une conformation spéciale dans le pelvis des mexicaines et aussi que ces particularités ne se trouvent pas isolées, mais qu'elles sont propres à la race; c'est un rétrécissement qui peut devenir même de la dystocie.

Et ces particularités à quoi sont-elles dues?

Pour trouver la réponse, je citerai, avec M. le docteur Flores, qui, à son tour, l'a prise des leçons du professeur Rodriguez, celle qui a été donnée par M. E. Vrolik, dans son petit ouvrage intitulé: *Considérations sur la diversité des bassins des différentes races humaines.*

Cet auteur dit: « Ainsi qu'il y a des différences dans le crâne des diverses races, de même les autres os offrent aussi des caractères particuliers qui distinguent les individus de races différentes. Cette différence se conserve même quand les races se croisent; cependant, pour distinguer les particularités de chaque os séparément, il faut une patience et une pénétration peu communes. L'on obtient plus facilement ce but en prenant les os, du crâne, ou de quelconqu'autre partie du squelette, dans leurs relations réciproques.

« Cette relation est plus surprenante et d'une appréciation plus facile dans les os du pelvis.

« La raison de cette différence, si marquée chez les diverses races, existe-t-elle dans les organes dont dépend la reproduction, ou cette variété provient-elle d'une autre cause, qui n'a pas de relation directe avec la génération? Quant à moi, je crois qu'il y a diverses raisons qui sont en rapport entre elles et tendent constamment vers le même but; si une d'elles vient à manquer, toutes les parties sont bouleversées dans leurs fonctions et courent le danger d'être entièrement détruites. »

C'est pour cela que je ne crois pas que cette réduction, que nous observons dans le pelvis mexicain, soit le vice de conformation connu sous le nom de *barrure*, mais plutôt une particularité propre à notre race, comme l'ont cru M. le professeur Rodriguez et plusieurs tocologistes mexicains distingués.

Deuxième partie. — Etant données les connaissances anatomiques antérieures, voyons les résultats pratiques que nous en déduisons.

Quand nous assistons une femme en travail, lorsque les observations fournies par la vue, le toucher et l'ouïe sont finies, nous procédons immédiatement à une manœuvre qui attire l'attention des médecins étrangers établis chez nous, et non sans raison. En faisant glisser le doigt de la région intra-fessière à la commissure postérieure de la vulve, afin de faire entrer l'index dans le vagin, comme il est conseillé, le bord antérieur du doigt rencontre tout de suite une partie dure, qui n'est autre chose que le bord inférieur de la symphyse pubienne, ce qui nous oblige à changer de direction. On remarque alors les difficultés qu'on a pour atteindre le col ou la partie près de l'*os tincae*, à cause de l'obstacle naturel dû à la dimi-

nution du diamètre antéro-postérieur de la cavité, qui la rend moins accessible que dans le pelvis normal.

En pratiquant le toucher vaginal, étant donné ce que nous savons du pelvis américain, il ne faut pas perdre l'opportunité de faire une pelvimétrie digitale, qui nous fera connaître l'inclinaison plus grande ou plus petite des parois latérales de la cavité et la hauteur de la symphyse.

Il est indispensable d'étudier parfaitement bien ces particularités qui expliquent la résistance à la puissance, afin d'être à même de prévoir d'une manière plus sûre la marche du travail.

Il n'y a qu'un seul pas du pelvis commun des mexicaines, nommé par le professeur Rodriguez *pelvis garrotté*, et par les Français *barrure*, au pelvis étroit, formé par l'exagération de la hauteur de la symphyse; si on n'examine pas avant le premier, il n'est pas possible de connaître le second qui consiste en un vrai vice de conformation.

Cette investigation proposée a été décrite par M. le docteur Rosendo Gutierrez, en 1872, dans sa thèse sur la dystocie au Mexique.

Il la considère comme un vice de conformation et l'appelle *pelvis cuirassé,* nom qui avait été employé auparavant par le docteur Rodriguez, qui le premier l'avait observée.

Etant donnée la forme spéciale du pelvis mexicain, examinons la marche de l'accouchement eutocique.

Le premier moment de l'accouchement ne présente rien de notable. Par suite de la force impulsive du corps et du fond de la matrice, la tête s'incline au point d'appuyer le menton sur la région sternale; il se produit alors l'abouchement d'une circonférence plus petite, la sub-occipito-bregmatique, qui remplace la sub-occipito-frontale.

Suivent les second et troisième moments, pendant lesquels se vérifient la descente et la rotation de la tête; par suite de la diminution du diamètre antéro-postérieur de la cavité, ils ont lieu avec une plus grande difficulté, l'ovoïde céphalique étant forcé à se resserrer plus que normalement.

Les bords des os pariétaux se tassent et les angles du coronal et occipital s'enfoncent sous les bipariétaux correspondants.

Le résultat final de ces moments est de loger la partie postérieure du col derrière la symphyse pubienne, afin de diminuer les diamètres longitudinaux quand l'extrémité occipitale sort par dessous celle-ci.

Etant donnée la majeure hauteur de cette paroi antérieure, en relation avec la hauteur du col du fœtus, on ne peut pratiquer le mouvement d'extraction sans que le muscle utérin n'emploie une force extraordinaire, qui doit joindre un peu les épaules du fœtus, afin que la tête descende assez pour pouvoir l'exécuter.

D'ailleurs il y a pour moi une autre difficulté, que j'ai trouvé confirmée par la pratique.

Le mécanisme de l'accouchement étant le même, quelles que soient la présentation et la position qui nous occupent, le produit, en descendant, doit prendre les situations les plus avantageuses, dans sa marche progressive, afin de conjuguer ses diamètres favorables avec ceux donnés par le canal. Le point fondamental de ces opérations, mentionné par M. Naegele (père) et adopté, au Mexique, par le professeur Rodriguez, est celui-ci: il faut que les grands diamètres obliques du pelvis sortent parallèlement avec les diamètres longitudinaux.

C'est ce qui doit arriver physiologiquement, quand il s'agit de la tête. Mais les études dernièrement faites sur le mécanisme de l'accouchement, nous enseignent, qu'en faisant ce mouvement de rotation pour l'exécuter, il y a une inclinaison latérale dont l'objet est d'aider au passage des diamètres transversaux et spécialement du bipariétal. Il se fait autour d'un des diamètres antéro-postérieurs de la tête comme un pivot, quand la flexion a lieu autour d'un diamètre transversal, qui passe par une partie voisine à l'ouverture occipitale.

La connaissance de l'inclinaison latérale se marque par ces deux termes, qu'il est indispensable de connaître: *synclitisme et asynclitisme.*

On entend par tête synclitique une tête où les deux bosses pariétales se trouvent dans le même plan pelvique: soit dans le détroit supérieur soit dans une région quelconque de la cavité.

Tête asynclitique est celle dont les deux pariétaux se trouvent au niveau de plans différents.

Le synclitisme maintient la suture sagittale au centre du pelvis. L'asynclitisme, au contraire, l'incline d'un côté ou de l'autre!

Le synclitisme n'est pas favorable à l'enchassure des diamètres transversaux de la tête, mais l'asynclitisme, au contraire, l'est, puisqu'il fait passer une bosse pariétale avant l'autre au niveau de la région étroite.

Cette descente de la tête a originé la division d'opinions de quelques tocologistes, comme Naegele, qui croit qu'elle est seulement asynclitique et Komcke, qui la croit synclitique.

A côté de ces deux opinions a paru celle de Duncan qui détruit ces différences scientifiques par une étude détaillée de la descente céphalique.

Selon cet auteur, dont l'opinion paraît la plus exacte, la tête est synclitique dans le détroit supérieur et dans la partie supérieure de la cavité, et asynclitique dans la partie basse de celle-ci et dans le détroit inférieur.

En d'autres termes, la tête descend parallèlement impulsée en direction de l'axe utérin. Les deux bosses pariétales que l'on trouve dans le plan du détroit supérieur, arrivent parallèlement à la partie voisine du détroit du milieu: mais étant donnée la direction courbée de la file génitale, la bosse pariétale antérieure se trouve plus bas que la postérieure; il y a une inclinaison sur le pariétal antérieur.

Cette inclinaison, qui ne dure pas longtemps, parce que la tête ne tarde pas à se placer en direction occipito-pubienne ou exceptionnellement en occipito-sacrée, dans le pelvis mexicain, reste quelquefois permanente, puisque, ce temps de l'accouchement étant relativement long, il se forme une suffusion sanguine ou un vrai céphalématome sur le pariétal correspondant, qui, donnant une forme spéciale d'allongement vers ce point, rend difficile la correction physiologique de la tête. L'inclinaison sur les pariétaux est un motif fréquent de dystocie.

Terminée cette partie de l'accouchement, résultat du conflit entre les fibres lisses, comme M. Auvard appelle la résistance que les fibres circulaires du col utérin opposent aux longitudinales, et vaincues les difficultés qu'oppose la file osseuse, vient le conflit entre les fibres striées, c'est-à-dire, le combat entre les parois abdominales, qui prêtent leur appui à la matrice et au périnée.

La tête comprime d'abord le coccyx qu'elle repousse en obtenant ainsi une augmentation du détroit inférieur de deux centimètres dans le sens antéro-postérieur, par l'extension de la région coccygio-anale.

Le mouvement de progression continue: l'anus s'ouvre en laissant voir la muqueuse rectale; la tête apparaît dans ce moment à la vulve et se retire en terminant la contraction. Le périnée de la femme mexicaine, étant relativement court, à chaque nouvel effort, provoqué par l'action utérine, il se distend d'une telle manière que l'anus prend la forme d'une plume à écrire, taillée à grande distance de son extrémité.

D'autre part, l'orifice vulvaire ne cède pas uniformément dans tous les points de sa circonférence, mais pressé avec plus de force vers le bas, du côté de la commissure postérieure, où se trouve le point suprême de l'application de la force, on le voit s'amplier plus dans le sens vertical que dans le transversal, prenant la forme d'un ovale chaque fois plus allongé dans le même sens, pour faciliter la sortie des diamètres de l'ovoïde céphalique qui sont chaque fois plus grands.

Ainsi la résistance du canal périnéo-vulvaire devient la cause de l'accouchement prolongé et laborieux avec toutes ses conséquences graves.

Le peu d'importance qu'on pouvait donner aux obstacles qu'elle oppose, pourrait conduire à une expectation dangereuse et mal entendue: « il ne suffit pas d'attendre, il faut savoir attendre », a dit M. le professeur Rodriguez, et, quand la nature ne suffit pas pour dominer, il faut aider.

On évite le déchirement périnéal en faisant deux incisions ou plus, d'un demi à un centimètre, sur le bord des grandes lèvres. Sans cette précaution le déchirement serait inévitable, malgré un appui soigneusement pratiqué. Quelquefois celui-ci ne suffit pas et il faut alors recourir à la compression pour augmenter la *vis a tergo;* si celle-ci manque on s'adresse à la *vis a fronte*, au moyen du forceps.

La manière d'appliquer le forceps est d'une grande importance parce que quand dans la manœuvre maladroite du forceps, on dirige la tête, avant de vérifier le mouvement de rotation, dans le sens du diamètre transversal du pelvis à bénéfice d'une force énergique, la tête s'aplatit et se prolonge extrêmement dans la direction du diamètre trachélo-bregmatique et la vie de l'enfant ainsi que l'intégrité du périnée courent un grand danger.

Ces difficultés de l'accouchement eutocique sont faciles à vaincre, dans la majorité des cas, par les efforts naturels, quand elles n'augmentent pas de valeur dans des circonstances qui, dans un pelvis normal, seraient d'une faible importance.

L'augmentation de la hauteur de la symphyse de plus de 5 centimètres amène une vraie difficulté dans l'accouchement.

Les présentations postérieures du vertex ne permettent pas l'emploi des instruments de correction; la plus grande courbure de l'axe pelvien est incompatible avec l'usage du forceps droit et même du levier. M. le professeur Rodriguez emploie une manière d'agir bien simple: il introduit la main dans le vagin, saisit la tête et exécute la rotation de l'occipital en avant. Le docteur Antonio J. Canbajal introduit l'index et le médium dans le rectum et, à travers la paroi du rectum, il exécute la rotation.

Quelquefois j'ai obtenu de bons résultats de cette manière d'agir. Quand la tête est déjà fixée, il faut recourir au forceps; on doit faire usage de

ce noble instrument non seulement comme élément d'extraction, mais encore de réduction, étant donnés les plus grands diamètres de l'ovoïde céphalique. Dans ces cas le déchirement périnéal est inévitable.

Dans l'accouchement pelvien les difficultés augmentent d'une manière progressive.

Les difficultés que présente la sortie de la tête dans l'accouchement agrippin sont supérieures à celles connues, la compression utérine étant un auxiliaire puissant du mouvement de bascule qu'on doit exécuter.

Voilà brièvement exposées les difficultés de l'accouchement dans le pelvis mexicain; de cet exposé nous pouvons maintenant déduire les conclusions suivantes:

I. Le pelvis mexicain présente une conformation spéciale dépendante de la réduction générale de toutes ses dimensions, et, particulièrement, de la plus grande hauteur et de l'inclinaison exagérée de la symphyse pubienne qui la détermine.

II. Comparé avec l'européen, il offre une différence bien sensible, autant dans les diamètres que dans la valeur des angles d'inclinaison des détroits, supérieur et inférieur, et de la symphyse. Par conséquent, si le pelvis européen, tel qu'il est décrit dans les livres, est le normal, le pelvis mexicain devrait être considéré comme un vice de conformation.

III. La grande fréquence avec laquelle se présentent ces particularités dans la pratique, comme l'a montré, le premier, le professeur Rodriguez, et nous, ses élèves, l'avons confirmé dans la pratique, font penser que ce qui constitue un vice du pelvis mexicain, en relation avec l'européen, doit être considéré, chez nous, comme la forme normale d'un type parfaitement défini.

IV. Le nom de *pelvis garrotté*, que lui donne le docteur Rodriguez, me paraît le plus convenable, puisqu'à la fois il détermine une limite et une différence, et il indique leur disposition anatomique.

V. Le pelvis mexicain rend la marche du travail difficile par la résistance que le détroit oppose au passage du produit et par la plus grande hauteur du corps du pubis. Ces difficultés ne deviennent jamais insurmontables et l'accouchement se vérifie heureusement, dans le plus grand nombre des cas.

Les fréquentes inclinaisons sur les pariétaux, comme résultat de dystocie, sont dues, selon ma manière de voir, à la difficulté du synclitisme final, étant donnée la forme spéciale du crâne, résultat de sa permanence prolongée dans le canal pelvien.

VI. Les présentations irrégulières ou défavorables, ou autre anomalie, rendent l'accouchement dangereux. Pour éviter de graves conséquences, il faut intervenir d'une manière convenable, en employant les moyens indiqués.

En terminant mon petit travail, je ferai noter que, comme compensation des difficultés plus ou moins grandes qu'amène la conformation spéciale du pelvis mexicain, les rétrécissements pelviens sont très rares, principalement ceux dus au rachitisme et à l'ostéomalacie, maladies qui se présentent rarement dans la pratique de nos chirurgiens accoucheurs mexicains.

Prof. **Murdoch-Cameron** (Glasgow):

On axis-traction forceps.

Many authors have attempted to assist extraction by mechanical aids such as those suggested by Chassagny, Julin, Laroyenne, Pros and Poullet, but these are quite different from those modifications and alterations of the forceps that have been suggested in order to secure more exact traction, especially at the brim. Amongst the older practitioners, we have a large number who are inclined to reject any improvement simply because it is new, and who insist that they can, with an ordinary pair of double-curved forceps, deliver any woman if delivery with forceps is at all possible. I have sincere belief in their experience and dexterity, but the question is a wider one, namely, can they do so with as little force as is necessary when axis-traction forceps are used, and also with as favourable results to the mother and child. I say « no » as it is impossible, in contracted pelvis, to avoid dragging more or less upon the symphysis pubis, and so the maternal parts are exposed to increased danger from bruising, whilst the child suffers in different ways from compression, the injuries being both external and internal.

Hermann of Berne, in 1844, was the first to construct forceps with a perineal curve between the handles and blades, to either of which could be attached a depressor or tractor according as the head was at the brim or in the cavity.

Hubert of Louvain, in 1860, sought to alter Levret's forceps which endangered the perineum in all cases above the brim, and also did not permit of traction in the axis of the brim. It is quite clear that taking a hook thus formed



the line of traction is not diverted in any way. So also by adopting this form to the forceps by a perineal curve upon the handles, the operator is able to apply traction directly in the axis of the brim.

Therefore Hubert applied an additional arm to his forceps to secure traction.

Hartmann and Morales both followed up this idea with varying success.

Tarnier, in 1877 and 1879, applied traction rods which hooked into the blades somewhat behind the lower end of the fenestrae. The true handles of the forceps which were curved to the perineum were thought by their

movement to serve as an indication of the movement of the head so that the traction handle was always kept at a regular distance from them.

This improvement was severely condemned by Pajot who still favours the use of Levret's forceps.

Tarnier later modified them so that the handles of his present forceps have no perineal curve, and are in fact ordinary forceps with the of traction rods. In England, these have been modified by Simpson, and in America by Lusk, but the great drawback to all such methods of traction is the presence of the rods which are a constant menace to the perineum.

Besides, the manner in which some of them are secured by small screws not only renders them weaker, but may prove a source of danger from the lodgement of septic material.

When the head has engaged or entered the cavity, any of these forceps will extract the head, but in cases where the head remains above the brim, they cannot be used with safety, especially in occipito-posterior positions, owing to the danger of slipping.

Such a result with ordinary forceps would be at once suspected.

A great deal has been written about the scope of axis-traction forceps, where the head has reached the floor of the pelvis and also in cases where the head is at the outlet, on the plea that they are more efficient and safer, and also that the movement of extension is misunderstood by most accoucheurs. It might simply be said that the accoucheur who would do harm with a pair of ordinary Levret or Smellie forceps in such cases, should by no means be trusted with any form of instrument.

In fact Tarnier recognised the efficiency of ordinary forceps at the outlet as he grasps the rods and handles of his own forceps and delivers as he would with plain double curved forceps.

With the view of securing more efficient axis-traction at the brim, I have attempted to modify the forceps according to the following principles:

1. For application in the conjugate.
2. To secure axis-traction.
3. To permit of rotation and extraction without removing the blades.

I have found this instrument most efficient in cases where the head was arrested at the brim.

In applying them, the anterior blade is introduced first, whilst the second is slipped over the handle of the anterior blade and passed upwards in front of the sacrum, so that the head is grasped on its lateral surfaces with the blades over the parietal prominences.

Next, in order to secure axis-traction, the traction rod is attached to the handles after the blades have been applied.

During moulding of the head the blades adapt themselves to it, through the passive pressure of the pelvic walls. When help can be had, I frequently ask the nurse or assistant to apply traction so that I may watch the progress of the head in its descent. Thus the traction can be regulated, and it should at no time be excessive as much less force is needed than with ordinary forceps.

When the head has once passed the obstruction and has reached the floor of the pelvis, it can easily be rotated if it does not do so spontaneously, so as to bring the occiput in front.

Prof. **C. Calderini** (Parma):

Sull'inclinazione del bacino, nei varii atteggiamenti della donna, sotto l'aspetto ostetrico-ginecologico.

Dopo di avere su cadaveri di donne morte in puerperio messo un goniometro, formato di due lamine, una rappresentante la C. V. e l'altra destinata ad essere inchiodata al corpo dell'ultima vertebra lombare, unite a cerniera fra loro, e munite di un mezzo cerchio, di cui un capo, unito alla lamina vertebrale e l'altro entrante in una fenditura della lamina C. V., per misurare la inclinazione delle due lamine, feci dare ai cadaveri diversi atteggiamenti: 1° posizione dorsale orizzontale; 2° dorsale, coscie flesse, piedi appoggiati al tavolo; 3° dorsale, coscie verticali, gambe orizzontali; 4° coscie flesse molto sul ventre; 5° decubito laterale; 6° posizione genu-pettorale. Leggendo l'angolo formato dalle due lamine, trovai che era più o meno ampio nelle diverse posizioni e che la linea sollevata sulla lamina C. V. verticalmente, accanto alla cerniera, e perciò parallela all'asse dello stretto superiore, faceva colla lamina lombare, vale a dire coll'asse del tronco, un angolo di 40° nella prima e seconda posizione, di 36° nella terza, di 25° nella quinta, di 18° nella sesta.

Nella prima posizione, la sinfisi è diretta obliquamente colla sua parte inferiore verso la tavola; nelle posizioni terza e quarta, si eleva e in questa ultima e nella sesta diventa quasi orizzontale; anzi, nella sesta, il margine superiore scende più basso dell'inferiore. Nella quarta poi, la punta del sacco si solleva e lo stretto inferiore si apre meglio verso l'operatore, e la regione lombare si raddrizza per compressione dei cuscinetti intervertebrali. Perciò nella quarta posizione, eseguendo operazioni ostetriche, si tira meglio secondo l'asse dello stretto superiore, essendo minore la perdita di forze contro la sinfisi del pube e l'estrazione riuscendo più comoda per l'operatore.

Si deve però far caso di quello che disse Walcher e confermò Klein, e cioè dell'allungamento della C. V. colle gambe penzoloni e dell'accorciamento colle gambe flesse fortemente sul ventre; perciò le posizioni più convenienti per le operazioni ostetriche sono la terza e la quinta e qualche volta anche la sesta o la quarta, colle cosce moderatamente flesse sul ventre, e la meno favorevole è quella detta comunemente ostetrica. Utilizzando i risultati di queste esperienze io ho trovato più facile tirare nello scavo la testa col forcipe o dopo il rivolgimento con manualità, dando successivamente alla donna diverse posizioni e, in un caso, colla flessione forzata delle coscie sul ventre, vidi prodursi un considerevole e pericoloso schiacciamento della testa, ma con moderata flessione delle coscie o col decubito sul fianco, vidi sempre essere facilitata la discesa della testa o delle spalle dallo stretto superiore.

Per le operazioni ginecologiche, è noto che le posizioni quarta, quinta e sesta sono le migliori, e la terza e la quarta sono pure convenienti per la cucitura della cervice laceratasi in parte, quando fosse cagione di emorragia, per la cucitura delle lacerazioni perineali, per il secondamento nell'aborto, per la spremitura dell'utero contro la concavità del sacco, nel secondamento del parto a termine.

Doct. **A. Fargas** (Barcelonne):

Résultats éloignés de l'électrolyse dans les fibromes utérins.

L'observation et le traitement de 108 cas de fibromes, que j'ai soignés par l'électrolyse, depuis janvier 1888 à janvier 1893, me portent, pour le moment, aux conclusions suivantes:

1. Dans les gros fibromes sub-péritoneaux, elle ne fait que retarder leur développement, au plus pendant une année; dans les petits, il vaut mieux s'en abstenir parce qu'il n'y a pas d'indication.
2. Dans les fibromes sub-muqueux, de quelque volume qu'ils soient, elle est tout à fait inutile.
3. Dans les fibromes intersticiels multi-nodulaires, elle a seulement des effets analgésiques et neurostatiques temporaires. Au bout de quelques mois, la réapparition des symptômes réclame l'intervention.
4. Dans les fibromes diffus, ou vrai gigantisme utérin, les résultats sont bons et se maintiennent (pendant la période de mes observations qui est de trois et quatre ans pour quelques cas).
5. La galvano-puncture directe des fibromes pelviens n'est pas plus efficace pour entraver indéfiniment le développement des fibromes: c'est pour ce motif que je la crois inacceptable.
6. Ce qu'on n'obtient pas avec un certain nombre de séances, variable pour chaque malade de 15 à 40 applications, on ne l'obtient pas par des applications indéfinies.
7. Les résultats immédiats de l'électrolyse, comme médication symptomatique, sont généralement bons; toujours meilleurs que ceux obtenus par n'importe quelle médication palliative; pas assez parfaits pour condamner l'intervention dans la majorité des cas; assez acceptables pour la reculer et aussi pour l'abolir dans un nombre réduit de cas.

Prof. **Candela** (Valence):

Nouveau procédé d'hystéro-myomectomie — Procédé rapide pour l'extirpation de l'utérus dans le cas de grandes tumeurs.

Premier temps. — Désinfection préalable du vagin et de l'abdomen, en suivant les pratiques les plus rigoureuses.

Deuxième temps. — Abaissement de l'utérus aussi complet que possible; dissection des culs-de-sac antérieur et postérieur poursuivie jusqu'à la hauteur que le cas comporte.

Troisième temps. — Incision abdominale, à partir d'un centimètre au-dessus du pubis jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, de façon à intéresser tous les tissus recouvrant la néoplasie; séparation de celle-ci des organes voisins.

Quatrième temps. — Fixation, par le vagin, de deux paires de pinces Richelot, une de chaque côté, au point d'émergence des ligaments larges.

Cinquième temps. — Fixation d'une autre paire de pinces, par l'ouverture abdominale, à la partie supérieure de chaque ligament large, en sorte

que leurs pointes surpassent le niveau supérieur de celles qui ont été passées par le vagin.

Sixième temps. — Section, avec des ciseaux, du ligament large de deux côtés, pour séparer l'utérus avec la tumeur.

Septième temps. — Passer deux ou trois fils de suture, en comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales, dans cette partie de la plaie qui correspond à la sortie des pinces, ayant soin d'envelopper les fils avec de la gaze aseptique et de laisser ces points sans serrer.

Huitième temps. — Suture du reste de la plaie abdominale en trois couches, comme d'habitude.

Neuvième temps. — Enlever les boucles articulées des pinces pour en diminuer le poids.

Dixième temps. — Combler de gaze le vagin et faire un pansement périnéo-vulvaire et abdominal bien soigné.

Remarques sur les soins consécutifs. — 1. Au bout de 36 à 40 heures, replacer les boucles des pinces et les retirer.

2. Faire une irrigation aseptique de la plaie abdominale à la vaginale.

3. Serrer les points de sutures qu'on a laissé libres à la sortie des pinces abdominales.

4. Répéter le pansement abdominal et vaginal.

Statistique. — Ce procédé a été employé par moi cinq fois, à mon Institut Gynécologique, fondé en 1892, et j'ai obtenu le même nombre de succès, sans autre accident que, dans un cas (le second, 1er mai 1893), un léger abcès d'un des trajets des pinces abdominales, qui forma, dans la plaie de l'abdomen, un petit canal fistuleux, qui mit deux mois à se cicatriser entièrement.

Note. — On peut substituer les pinces de Richelot à boucles articulées, que j'ai fait construire, par d'autres dont les mors soient découpés de façon à pouvoir s'emboîter une paire dans une autre. Voyez ci-après:



Cette modification a pour objet de rendre la pression des mors plus sûre et plus aisée.

Terza Seduta.

2 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. Zweifel (Lipsia).

RELAZIONE.

Prof. **D. Tibone** (Torino) relatore:

Eziologia della eclampside.

La dottrina della eziologia della eclampside si collega, si immedesima con la sua patogenesi. Enunciando le varie teorie che ebbero o che hanno tuttora corpo nella scienza, secondo il criterio anatomico o secondo il concetto genetico si possono riassumere nella teoria nervosa, nella renale, nella epatica, nella tossicoemica, nella microbica e nella embolica.

La sindrome propria della eclampside ne hanno fatto riporre la sede nei centri nervosi sin da quei tempi in cui la eclampside non era ancora stata riconosciuta come una entità patologica. La scoperta dell'albuminuria stata fatta dal Cotugno, e la quasi costante coesistenza di questo sintomo con la eclampside portò i patologi a cercare nei reni la causa generatrice.

Assegnandosi oggidì al fegato una parte rilevante nelle funzioni depurative dell'organismo si volle in questi ultimi tempi elevare le alterazioni di quest'organo a potenza patogenica. Dopo avere riferito i reperti anatomici che non sono costanti ricorda gli sperimenti contradditorii dello *Schiff* e del *Queirolo*, i quali, avvalorati da considerazioni di ordine clinico, diminuiscono il valore del fegato considerato come organo emuntorio.

Alterato il rene, alterato il fegato, si ha la autointossicazione, che viene dal *Bouchard* riposta in molteplici sostanze, oggidì dimostrate non dal laboratorio del chimico ma da quello del fisiologo.

La teoria microbica non è ancora sanzionata dalla esperienza; non solo sono ignote le specie, ma è ancora dubbiosa la esistenza degli agenti batterici, ed ignota la via della loro introduzione nell'organismo. Le stesse conclusioni si possono applicare alla dottrina embolica.

Per l'indole delle cause dalla osservazione clinica riconosciute, per il decorso della malattia e gli esiti suoi per i reperti anatomici, egli è portato ad accettare come conforme al vero, e comprendente la maggior parte dei casi di eclampsia, la teoria della autointossicazione da insufficienza renale, i cui momenti etiologici più importanti hanno per risultato di modificare le condizioni statiche dell'apparato orinario, la quale corrisponde al significato dei sintomi prodromici, ai quali conviene dare la massima importanza, imperocchè se l'arte fosse sollecita ad accorrere con intelligenza ed energia appena che compare sulla scena qualche fenomeno foriero, più rara sarebbe la eclampside, meno grave il suo decorso, e meno temibili le sue conseguenze.

Dott. **R. Vitanza** (Palermo):

Sul parto forzato per eclampsia.

Conclusioni

1. Che in donna incinta prossima ad estinguersi, per eclampsia, in cui il collo dell'utero oppone valida resistenza alla dilatazione (perchè interamente chiuso o rigido o in istato di spasmo o ancora lungo e denso per gravidanza immatura), l'ostetrico, per salvare più facilmente il feto e forse anche la madre, deve aprire sollecitamente l'orificio della matrice con manovre manuali e strumentali.

2. Che nessuno fra tutti i metodi finora suggeriti sodisfa in modo sicuro all'indicazione di svuotare il più rapidamente possibile la cavità uterina se non quello dell'isterostomatomia, coadiuvato dalle manovre manuali, unico mezzo per non danneggiare gli organi della generazione e vincere con delicatezza e gradatamente la resistenza delle fibre muscolari, che devono cedere più per stanchezza che per violenza esercitata sopra di esse: e ciò non è difficile sulla donna vicina a morire, perchè le sue fibre muscolari sono spente o quasi.

3. Che il parto forzato (che che ne pensino gli ostetrici d'America, di Germania, d'Inghilterra, di Francia e non pochi fra noi) non aumenta i riflessi, o temporaneamente, nè produce profonde lacerazioni e danni gravi alla madre, più di quanto avvengono ordinariamente, sia in casi di applicazione di forcipe o di estrazioni manuali, sia di parto spontaneo, se la testa del feto è alquanto voluminosa. Per giunta il metodo operativo da me praticato non desta orrore agli astanti come l'operazione cesarea.

4. Che il parto forzato su donna moribonda si pone in atto con più rapidità e più facilmente del taglio cesareo, e con maggiori risultati del parto forzato e del taglio cesareo *post mortem*.

5. Che se il collo dell'utero, nonostante le incisioni multiple, non permette l'introduzione della mano nel suo orifizio, si deve tentare la versione e l'estrazione del feto col metodo Braxton-Hicks o con quello di Hüter.

6. Che conviene intraprendere l'atto operativo anche quando la gestante è in istato di far temere la morte durante l'operazione e per effetto di essa, allo scopo, se non altro, di salvare più facilmente il feto.

7. Che essendo morto il feto, è ottimo consiglio operare nella stessa guisa, perchè sovente il vuotamento dell'utero è un mezzo efficace a risvegliare la donna dal letargo in cui è caduta, se non fosse altro, affinchè il prodotto del concepimento non avesse sepoltura nel seno materno, dimostrando potente l'arte là ove si arrestano le forze della natura.

8. Che l'operazione cesarea *ante mortem* dovrebbe essere riserbata soltanto ai casi eccezionali in cui un ostacolo insuperabile impedisse l'esecuzione del parto forzato.

9. Che, finalmente, gli anestetici ed i salassi, certo, devono essere sperimentati ai primi accenni delle convulsioni eclampsiche, ma quando esse sono vicine a spegnere due individui, l'unica risorsa sta nel vuotamento

dell'utero. Questo solo è il mezzo per salvare la donna che muore di eclampsia, ed il feto che essa porta nell'utero. I miei fatti stanno a dimostrarlo.

Discussione

Dott. **L. M. Bossi** (Genova): Quando, esauriti tutti i tentativi che la terapia ci fornisce, quali la morfina, il cloralio, il cloroformio, il sanguisugio, le iniezioni di cloruro di sodio ecc., devesi ricorrere al parto forzato, conviene l'uso della dilatazione metallica col di lui metodo, e cioè col dilatatore metallico.

Egli può presentare 18 casi clinici con esito felice, dei quali la maggior parte furono eseguiti in condizioni d'ambiente assai svantaggiose.

In tesi generale poi asserisce che devesi dare la preferenza al parto forzato piuttostochè al taglio cesareo, come lo Schauta suggerì.

Presenta il suo istrumento, che fu fabbricato dal G. Marelli di Milano (Via Paletta), e al quale ultimamente fece una leggera modificazione coprendo d'un tubo di gomma le estremità delle branche dilatatrici per modo che esse meno facilmente scivolano, e meno contundono trovandosi a contatto della superficie interna del canale cervicale lo strato di gomma.

Prof. **O. Morisani** (Napoli): Ringrazio il collega Vitanza di aver citato il mio parere a proposito del parto forzato nella eclampsia; mi congratulo con lui per i buoni risultati ottenuti, e per la buona volontà, con la quale si è occupato della quistione. Ma mi permetto di far riflettere che nelle sue conclusioni vengono confuse due indicazioni del parto forzato, le quali vogliono essere assolutamente separate e distinte, quella cioè della pratica della operazione su donna moribonda, e quella della sua indicazione nelle convulsioni eclampsiche. Non è mio compito, nè sarebbe opportuno discutere in questo momento la prima indicazione; in quanto alla seconda, a me pare logico e prudente preferire la pratica, alla quale io mi dichiarai già favorevole, e che il dottore Vitanza ebbe la cortesia di citare. Nel tempo del parto, quando il travaglio già cominciato ha prodotto nel collo e nel segmento inferiore dell'utero importanti modificazioni, convengo che il vuotamento rapido dell'utero trovi la sua indicazione, e possa dare eccellenti risultati. Ma negli ultimi mesi della gravidanza non è così. Io so bene che con mezzi meccanici si possono dilatare gli orifizii uterini e annullare in tempo breve la resistenza del collo: so che con le incisioni si può fendere la porzione cervicale; ma ciò non basta, allorchè manca la conveniente preparazione del segmento inferiore della matrice. È questa la vera e grave difficoltà. Malgrado la dilatazione del canale cervicale, l'ostetrico non potrà mai contare, allorchè il segmento inferiore della matrice conserva la sua rigidità e la sua resistenza, di penetrare nella cavità con la mano o con gli strumenti, ed estrarre il feto. In quanto poi alle incisioni siete voi certi che esse, allorchè il segmento inferiore non è preparato, non si prolunghino sul parenchima uterino, producendo danni gravissimi? Io quindi credo, che nelle condizioni attuali della pratica in tesi generale il parto forzato nella eclampsia negli ultimi mesi della gravidanza non sia da accettare.

Prof. **L. Mangiagalli** (Milano): Intendo fare soltanto brevi osservazioni sul pronostico e sulla cura medica della eclampsia. Qualunque sieno le nostre opinioni sulla genesi di questa, noi dobbiamo ravvisare in essa una profonda intossicazione dell'organismo, dimostrata dall'altezza del coefficiente tossico del siero sanguigno della eclampsica. L'iniezione di siero sanguigno in un animale può quindi fornirci un criterio di molta importanza riguardo al pronostico. Ma un altro ce lo fornisce l'osservazione clinica: l'arte è tanto più efficace quanto più presto è chiesto il suo intervento. Nel primo periodo le iniezioni di morfina mi hanno dato risultati splendidi. Esse diventano dannose quando dopo molti anni vi sieno fenomeni di congestione polmonare, il che spiega forse i risultati contraddittorii con tale metodo di cura. In tale periodo ebbi ottimi risultati oltrechè dal latte, dai purganti, dalla ipodermoclisi salata, dalle inalazioni di ossigeno, eventualmente dalla respirazione artificiale.

Prof. **G. Chiarleoni** (Catania): Mi elevo contro la pratica del parto forzato nella cura dell'eclampsia come pratica per regola ingiustificata o per lo meno affrettata. In tempo la cura medica si mostra molto utile, e quando pure non arrivi, come in alcuni casi ho potuto vedere, a troncare gli accessi e permettere alla gestazione di continuare, varrà sempre per lasciar correre quel tanto di tempo che sarà necessario onde le contrazioni abbiano a creare condizioni locali tali che la liberazione mediante il forcipe o la versione si potrà fare con relativa facilità. In conclusione il parto forzato è una cattiva pratica che non dovrà che a titolo di rarissima eccezione trovare la sua indicazione.

Dott. **A. Cioia** (Milano): L'autore appoggia pienamente le idee del professore Mangiagalli sulla utilità dell'intervento pronto terapeutico medico nell'eclampsia.

Dalla statistica personale della *Guardia ostetrica* di Milano deduce sette casi di eclampsia con una sola morte, trattati con le iniezioni ipodermiche di morfina e con le infusioni sottocutanee di soluzione fisiologica di cloruro di sodio al 0.75 per cento. Sostiene la tossicità del siero del sangue delle eclampsiche per esperienze anche sugli animali fatte nella Clinica ostetrica di Genova nei due anni passativi come assistente. Non appoggia il dilatatore Bossi.

Dott. **G. Gelli**: Può portare il contributo della propria esperienza sulla differenza che esiste nella cura medica della eclampsia tra le iniezioni ipodermiche di morfina spinte ad alte dosi e la cloroformizzazione immediata seguita da clisteri cloralici frequenti per mantenere un sonno profondo portando le dosi del cloralio ad alta cifra in poche ore. Col primo metodo ho veduto attenuarsi gli attacchi convulsivi e farsi più rari, mentre in sette casi di grave eclampsia col secondo metodo ha veduto sospendersi subitamente e completamente le convulsioni, avendo in tal modo il tempo e la comodità di liberare la donna dal prodotto del concepimento senza ricorrere a mezzi violentissimi e pericolosi proposti da altri oratori.

Prof. **C. Calderini** (Parma):

Sull'eclampsia.

Riguardo alla eziologia mi attengo alle varie idee esposte già dal relatore professore Tibone e dal professore Mangiagalli, ritenendo che non sia ancora stata detta in proposito l'ultima parola. Nella terapia distinguo la cura medica e la ostetrica; se la donna non è in travaglio faccio largo uso di morfina, di cloralio e di calore secco per promuovere il sudore con una lampadina ad alcool e un tubo di latta, ovvero con un trabecolo messo accanto alla paziente. La stessa cura seguo nell'inizio del travaglio, aspettando le condizioni favorevoli ad una facile estrazione del feto. Se la donna è già in travaglio ricorro alla cloronarcosi. Ho notato che in questi casi i narcotici, non solo non danneggiano le contrazioni, ma favoriscono la dilatazione della bocca dell'utero. Una volta sola feci incisioni sul collo con buon successo; non sono favorevole al parto forzato. Comincio ora a sperimentare le iniezioni sottocutanee di soluzione di cloruro di sodio puro al 0.75 per cento, fatte con un apparecchio irrigatore molto semplice, il quale consta di un turacciolo di gomma conico, avente due fori; uno è attraversato da un tubo di vetro o di caoutchouk indurito (introduttore dell'aria), l'altro è attraversato dal capo di un lungo tubo di gomma, all'altra estremità del quale si adatta una ago-cannula simile a quelle dell'apparecchio Potain. Adatto il turacciolo alla bottiglia contenente la soluzione, che porto sempre nella busta ostetrica, e capovolta la bottiglia infiggo l'ago sotto pelle poco sotto alla clavicola, frizionando la pelle per diffondere la soluzione nel tessuto cellulare. Riscaldo la soluzione ponendo la bottiglia nell'acqua tiepida. Mi servo dello stesso apparecchio e della stessa soluzione (200-300 grammi) per la cura dell'anemia acuta della placenta previa e *post-partum*; e nella clinica tengo varie soluzioni preparate, per diversi usi, in bottiglie, che diventano irrigatrici, adattandovi il turacciolo, solo cambiando la cannula, che sarà un catetere a doppia corrente, per le lavature vescicali, un catetere di Fritsch per le lavature endouterine. Per le lavature vaginali ed endouterine puerperali occorre un turacciolo di maggiori proporzioni e un tubo di gomma più grande e un introduttore di aria speciale, per evitare l'aspirazione dell'aria fatta dalla forte corrente di liquido, e per non portare un tubo introduttore dell'aria troppo lungo.

Discussione

Prof. **D'Erchia** (Napoli): È questa un'affezione che sorprende le donne gravide e soprattutto dal settimo al nono mese di gravidanza. È un fatto dimostrato che l'eclampsia non cessa che con lo svuotamento dell'utero, ecco perchè molti mezzi si sono proposti per dilatare il collo dell'utero. Però è da por mente all'epoca della gravidanza in cui si manifesta la malattia, manifestandosi dopo il settimo mese, in cui non sono avvenute le modificazioni nelle fibre del collo, il cui canale è stretto, e quindi sono proposti mezzi cruenti come la incisione od incruenti come i dilatatori ecc.

La mia pratica è stata molto semplice: dopo aver praticate le iniezioni sottocutanee di idroclorato o acetato di morfina, nell'accesso coma-

toso applico una sonda di gomma attraverso il collo fra le membrane del sacco e la placenta uterina, avendo la precauzione di non rompere il sacco, ed ho visto subito manifestarsi le contrazioni, le quali in tre o quattro ore produssero tale dilatazione da poter introdurre il forcipe ed estrarre il feto. Nè ho trascurato di fare con una piccola siringa una iniezione nel retto composta di un cucchiaio di acqua e venti goccie di laudano liquido, e l'ho ripetuta ogni ora: questa invece dell'idrato di cloralio.

Ma avvenendo lo sviluppo dell'eclampsia o nell'ultimo periodo della gravidanza o al principio della meccanica del parto o nel corso, ho subito praticate le iniezioni calmanti, ho attivate le contrazioni, ed appena ho osservato che potevo fare l'applicazione del forpice, la ho sempre praticata con felice risultato per la madre, perchè il feto si trova quasi sempre morto. Qualche volta ho il piacere di estrarre il feto vivo nei casi in cui l'eclampsia si era sviluppata o nell'ultimo periodo del parto o al principio della meccanica. Quando dopo lo svuotamento dell'utero l'eclampsia finisce, la vita della madre è assicurata; ma quando continua, la donna si perde nonostante tutti i mezzi che si adoperano per combattere tali fenomeni, che persistono o sopravvengono.

Vitanza: Prima di tutto rispondo al professore Morisani per significargli che la parola *moribonda* non fu da me applicata a malattie in genere, come egli comprese, ma conseguente al mio tema, intendevo *moribonda* per eclampsia; giacchè le 19 donne eclampsiche, su cui feci il parto forzato, erano tutte in tali condizioni. Riguardo poi al timore che il suddetto professore mostrò per le incisioni del collo dell'utero, io ripeto che dette incisioni, oltre di non arrecare danni alla paziente, agevolano la penetrazione della mano, che esercitando una pressione equabile sui diversi punti incisi, non produce mai lacerazioni profonde tali da mettere in pericolo la vita della madre. Del resto, quando anche le lacerazioni del collo fossero temibili, è strano che ne esagerino la portata gli ostetrici, i quali provocano tranquillamente più vaste lacerazioni sia nei casi di applicazione di forcipe o di estrazioni manuali, come si hanno pur sovente nel parto spontaneo se la testa del feto è alquanto voluminosa. Rispondo ora ai professori Mangiagalli, Chiarleoni ed altri, che io, esercitando nella pratica privata, non ebbi la fortuna di tentare in tutte le mie operate i mezzi consigliati e levati al cielo come curativi dell'eclampsia (oppio ad alte dosi, cloroformio continuato fino alla cessazione delle convulsioni, idrato di cloralio ecc.); giacchè ci vuole fiducia oltre i limiti consentiti dalla scienza e dalla esperienza per pretendere di salvare dalla morte imminente le 19 donne, delle quali ho fatto la storia. In alcuni casi, in cui potei far uso del cloroformio, del cloralio (non dell'oppio, perchè lo credo controindicato nell'eclampsia), non ebbi i risultati che da loro si decantano, e fui obbligato in ultimo di fare il parto forzato con le incisioni del collo dell'utero. Infine rispondo al professore Bossi, che se il suo dilatatore offre dei vantaggi reali sugli altri in rapporto alla resistenza e alla divaricazione delle branche, non va meno esente degli altri a gravi inconvenienti.

Namias: Osserva che se è vero che molte volte, quando si è chiamati in tempo ed in luogo opportuno, la cura medica dell'eclampsia corrisponde a bene, in molti altri casi, in cui si è chiamati urgentemente,

quando la paziente è agli estremi e non c'è quindi tempo da perdere, o altrimenti si deve accorrere in campagna e si ha un caso gravissimo tra le mani e per aiuto un collega che non si sente di dividere con voi la responsabilità degli eventi, collega quindi al quale non potete affidare la continuazione di una cura medica, mancando tempo e opportunità per altro, si deve pensare a liberare prestissimo la donna, specie se vi ha il convincimento che il feto è morto o in pericolo di vita. In questi casi crede doveroso tentare il parto forzato che molte volte gli ha dato di salvare donne su cui non nutriva più la benchè tenue speranza. Si è giovato in parecchi casi del dilatatore Bossi, il quale anche in breve tempo può portare la dilatazione della bocca uterina a tale da poter passare con la mano ad estrarre il feto, e ciò operando anche a collo intatto, quale cioè si può avere in gravida di cinque mesi, contro ciò che asserisce *a priori* il dottore Vitanza. Sul collo uterino o sulla bocca non si produssero mai lesioni che potessero avere importanza qualunque nel parto o nel puerperio.

Dr. **P. Zweifel** (Leipzig):

Zwei neue Gefrierdurchschnitte Gebärender.

Zunächst giebt Vortragender Kenntniss von der Methode der Verarbeitung der zwei Gefrierdurchschnitte. Nachdem die Cadaver in einen Blechkasten gelegt waren, wurde derselbe zugedeckt, unter einen Berg von Eis und Salz gestellt, und acht Tage lang bei einer Temperatur von — 10°-12° C. gehalten. Dann wurde der steinharte Körper zuerst sagittal entzwei gesägt, indem einem geübten Tischler jedesmal die Richtung des Schnittes mit einem dermatographischen Stift vorgezeichnet wurde. Die zwei Hälften des Körpers wurden in den zwei Präparaten nicht gleichmässig bearbeitet, die rechte Hälfte des ersten Präparates wurde durch Längsschnitte, welche der Sagittalebene parallel liefen, die linke und beide Hälften des zweiten Präparates durch Querschnitte in den verschiedenen Beckenebenen zerlegt.

Das erste Präparat entstammt einer Frau, welche in schwerem eklamptischem Coma in die hiesige Frauenklinik der Universität gebracht wurde und dort unentbunden starb, und zwar trat der Tod in dem Augenblick ein, als der Kopf des Kindes geboren war. Gegen unsere Erwartung wurde der Rumpf des Kindes nicht mehr ausgetrieben und da das Kind schon lange vorher abgestorben war, wurde es stecken gelassen. Wie es sich später herausstellte, war eine Uterusruptur spontan entstanden und deswegen das Kind mit dem Halse stecken geblieben. Um alle Formen naturgetreu zu erhalten, wie sie uns dieses seltene Präparat durch eine Kette von Zufällen darbot, wurde zur Erhaltung der Form der Eisklotz in bestimmter Weise abgegypst, und zwar so, dass zuerst die Umrisse fixirt, dann das Kind in Stücken aus den beiden Körperhälften herausgenommen und nun sowohl die Höhlungen als auch die Aussenflächen des Kindes wieder abgeformt wurden.

Da wo der Rücken des Kindes lag, in der linken Körperseite, passten die Gypspositive ausgezeichnet ineinander.

Die Gypsabgüsse erhalten die Formen dieses Gefrierdurchschnittes auf alle Zeiten in Naturtreue; sie zeigen den Einfluss des Beckenkanals auf die Drehungen des Kindes im Geburtsmechanismus.

Das Nähere darüber ergeben die Gefrierdurchschnitte und die Gypsmodelle.

Das zweite Präparat rührte von einer Frau her, welche wegen Placenta praevia nach vollendeter Wendung unentbunden starb.

Auch hier zeigt sich der Geburtskanal in seiner Entfaltung. Wie voraus zu sehen, beweisst dieser Gefrierdurchschnitt, dass keineswegs der Steiss eines gewendeten Kindes den gelösten Lappen der Placenta an die Wand des Uterus andrückt, sondern der Thorax, weil bei einem entfalteten Cervix uteri dies gar nicht mehr denkbar ist.

Ein zweites Thema fand seine Erledigung bei der Bearbeitung der zwei Gefrierdurchschnitte: Die Lehren von der Dehnung der Cervix uteri, Ruptura uteri und dem unteren Uterinsegment. Es giebt kein unteres Uterinsegment im Sinne K. Schröders, so, dass ein Theil des Corpus uteri passiv gedehnt würde.

Der gedehnte und im Falle des Uebermasses einreissende Theil des Uterus ist stets Cervix uteri. Bei der ersten Arbeit über Uterusruptur war Bandl in seinen Anschauungen ganz auf dem rechten Wege. Als ihm der Gedanke aufstieg, dass unmöglich aus dem kleinen Cervix-Schläuchen des nicht graviden Uterus der lange und weite Schlauch der Brauneschen Zeichnung entstehen könne, gerieth er auf Irrwege.

Dass dies möglich sei beweisen unsere Gefrierdurchschnitte.

Ueberall in den gedehnten Zonen lässt sich der Charakter der Wand als Mucosa cervicis uteri nachweisen, allerdings nach den vielen Manipulationen, welche unsere Schnitte durchzumachen hatten, nicht mehr durch das cylindrische Oberflächenepithel, wohl aber durch den Nachweis von Drüsen und durch die Auskleidung derselben durch hohe Cylinderepithelien.

Ueber alle Einzelheiten vergleiche man das Original.

Schlussfolgerungen

1. Die Drehungen des Geburtsmechanismus werden veranlasst durch die Form des Beckenkanales, besonders durch den unteren Theil desselben von der parallelen Beckenweite abwärts.

2. Die Lehre vom unteren Uterinsegment muss abgeändert werden. Dasselbe wird ausschliesslich gebildet aus dem Cervicalkanal, nicht wie K. Schröder annahm aus einem Theile des Corpus uteri, welcher sich passiv dehne.

3. Die Uterusruptur kommt stets im gedehnten Cervicalkanal zu Stande. Die Stelle an welcher sie entsteht hängt ab von der Fixation der Cervix durch das in den Geburtskanal eingetretene Kind. Ist eine höhere Stelle durch das Kind festgehalten, so reisst die Cervix am inneren Muttermund ein, und vice-versa tief unten, wenn der Cervicalkanal in seiner ganzen Länge festgehalten wird, z. B. bei Querlagen.

Discussione

Prof. **E. Pestalozza** (Firenze): I pezzi anatomici cui si riferiscono i gessi e le tavole del professor Zweifel dimostrano in modo indiscutibile che il cercine rilevato, interpretato come cercine di contrazione, coincide nei casi

presentati coll'orificio uterino interno. Ma non credo che allo stato attuale della questione convenga ancora generalizzare nelle conclusioni e rovesciare la teoria della scuola di Schröder, che ammette il segmento inferiore derivi dal corpo anzichè dal collo dell'utero. Troppi fatti anatomici hanno dato appoggio a quella teoria perchè si debba rinunciarvi in base a osservazioni di estremo interesse sì, ma che potrebbero rappresentare delle eccezioni. Del resto dal punto di vista clinico ritengo si sia forse esagerata l'importanza della questione eziologica.

Prof. **S. Pozzi** (Paris):

Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité (sténose du col, vaginisme).

A. — L'opération nouvelle que M. Pozzi a imaginée contre la sténose du col, s'applique surtout à un type clinique bien connu de sténose congénitale qui coexiste ordinairement avec l'antéflexion. Elle s'accompagne parfois d'exagération des dimensions du col, qui est conique ou tapiroïde. Les conséquences mécaniques sont la difficulté d'évacuation des règles et de la pénétration du sperme, résultant de cette triple condition: ***étroitesse*** de l'orifice, ***coudure*** du canal cervical, ***obstruction*** de la portion inférieure de ce canal, qui est dilaté sous forme de barillet, par l'accumulation du mucus visqueux que sécrètent les glandes du col. Cette dernière condition est la principale pour M. Pozzi, vu l'obstacle que cet ***engouement muqueux*** oppose à la fécondation et la part qu'il prend à la dysménorrhée, à la leucorrhée et à la stérilité.

Les principaux traitements chirurgicaux employés jusqu'ici n'ont qu'une efficacité temporaire ou précaire. La dilatation, la simple incision bi-latérale, avec ou sans scarification de la surface interne du col, n'empêchent pas le col de revenir à son état primitif, au bout de quelques jours ou de quelques semaines. La résection d'un orifice plus large ou *stomatoplastie* est assurément l'opération la plus rationnelle. Mais le procédé ordinaire est défectueux. Il consiste à amputer le col en faisant deux lambeaux sur chaque lèvre (selon le mode de Simon-Markwald); l'orifice permanent ainsi obtenu correspond simplement à la section conique du canal cervical au-dessus du point rétréci. De plus, si la réunion primitive manque, la cicatrisation secondaire risque de reproduire la sténose, ainsi que cela est arrivé à beaucoup d'opérateurs.

C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Pozzi a imaginé l'opération dont il a donné, il y a quelques mois, une communication abrégée à la Société de chirurgie de Paris.

Il lui a donné le nom de *stomatoplastie par évidement commissural.* En voici les principaux temps:

a) débridement bi-latéral du col, avec les ciseaux, dans une étendue suffisante pour opérer à l'aise, mais sans, cependant, aller jusqu'aux culs-de-sac du vagin, ce qui donnerait lieu à un trop fort écoulement sanguin;

b) évidement partiel de chacune des quatre surfaces cruentées sur laquelle on taille, au bistouri, un petit prisme triangulaire de manière à faciliter le rapprochement, au-dessus de chacune d'elles, des deux muqueuses, intra et extra cervicales, qu'on respecte;

c) suture de ces deux muqueuses l'une à l'autre par deux ou trois points de fil d'argent ou de crin de Florence;

d) placement d'un point de suture complémentaire, de chaque côté du col, pour réunir la portion du débridement bilatéral qui dépasse les limites de l'évidement qu'on aura jugé nécessaire.

Si le col offre des dimensions exagérées, immédiatement après le premier temps, on aura procédé à l'amputation de sa portion antérieure; on fait, en suite, l'évidement commissural au niveau des surfaces cruentées de l'angle des moignons. La ligne de suture décrira alors une courbe continue à concavité supérieure.

Dans tous les cas, il est possible, par ce procédé, d'obtenir un orifice aussi grand qu'on le désire, et dont la permanence est assurée par l'affrontement de surfaces tapissées d'épithélium.

On crée de la sorte une ouverture qui, immédiatement après l'opération, ressemble à un col atteint de déchirure bilatérale. Mais cet aspect s'efface quelques semaines plus tard, par suite de la rétraction consécutive. Il faut du reste remarquer qu'il y a ici cette différence capitale, avec la lacération qui suit l'accouchement, qu'on n'a pas de tissu inodulaire, ou de *cheville cicatricielle*, à laquelle *Emmett* attribue le rôle pathologique capital.

Enfin, en aucun cas, on ne doit faire porter l'évidement commissural assez haut pour atteindre les culs-de-sac du vagin. M. Pozzi a toujours vu, au bout de six mois, les cols qu'il avait ainsi opérés, revêtir l'aspect d'un col de femme ayant accouché sans déchirure.

M. Pozzi a fait cette opération six fois depuis deux ans: il a obtenu un orifice transversal permanent, la cessation de la leucorrhée et de la dysménorrhée. Une de ses opérées est devenue enceinte quatre mois après l'opération, et elle est maintenant sur le point d'accoucher. Elle était mariée depuis cinq ans et stérile.

B. — La seconde opération, depuis décrite par M. Pozzi, est entièrement nouvelle, et s'adresse au vaginisme, qui est causé par l'hyperesthésie et l'étroitesse de la vulve. (M. Pozzi élimine avec soin les faits de vaginisme symptomatiques d'une autre affection générale). Dans un cas récent soumis à son observation, la malade, mariée depuis huit ans, possédait encore un hymen intact.

Cette membrane et le seuil de la vulve étaient très sensibles, l'orifice vulvaire fort étroit, et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu vaincre ces obstacles. M. Pozzi conçut le plan d'une opération ayant le but à la fois d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthétique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment il procéda, sous l'anesthésie. Il fit d'abord l'incision de l'hymen avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum Trélat qu'on emploie pour la fissure anale; ensuite il pratiqua, de droite à gauche, une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de trois à quatre centimètres, dépasse, un peu plus en bas qu'en haut, la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du *constrictor cunni* et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de deux ou trois millimètres.

Enfin M. Pozzi fit la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement; on donna ainsi, peu à peu, à l'incision primitive, la forme d'un losange allongé, à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire. M. Pozzi réunit alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture, qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive, et qui se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve; la suture a attiré la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision qu'on a faite au commencement de l'opération.

On voit qu'on fait ainsi, de chaque côté de la vulve, une sorte de dédoublement sagittal, suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale que fait, ailleurs, Lawson-Tait, dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient, de la sorte, un agrandissement de la vulve, qu'on peut graduer à son gré, et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence ou au fil d'argent, et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place réunira l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision première. On réunit, par un surjet de catgut, les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent les sutures précédentes.

Prof. **C. Calderini** (Parma):

Sezioni di bacini congelati di puerpere e di bambine.

Dopo il lavoro di Braun, del 1872, molti lavori di ostetrici sono usciti in Germania relativi a sezioni ottenute da cadaveri congelati, ultimo quello di Zweifel, ai quali si sono aggiunti quelli di Barbour in Inghilterra, di Pinard e Varnier in Francia, di Chiara, Soffiantini, Pestalozza, Tibone in Italia. Tutti gli autori si sono proposti di sorprendere in atto i fenomeni del parto; poco si occuparono del bacino osseo e rivestito delle parti molli a scopo ostetrico e ginecologico. Dal cadavere congelato di una donna morta pochi giorni dopo aborto di tre mesi, e stato iniettato nell'istituto anatomico (professore Tenchini), ottenni cinque sezioni orizzontali del bacino copiate e disegnate esattamente dallo studente Cavezzoli Umberto, uno dei miei assistenti.

In un disegno si vede lo stretto superiore fiancheggiato dai grossi vasi con forma elissoidea in senso trasversale. Nel secondo e terzo si vede la tendenza alla forma elissoidea in senso antero-posteriore e si vede l'articolazione sacro-iliaca, si scorgono i muscoli piramidali e gli otturatori interni, la vescica e l'utero, l'intestino retto, gli spazii peritoneali, l'ante e il retro-uterino, i legamenti larghi, il tessuto sottoperitoneale attorno ai visceri (scavo, parte larga). Nel disegno quarto (parte stretta dello scavo), il bacino a forma romboidale, si veggono la vescica, la vagina e l'intestino, il tessuto paravescicale e antivescicale, paravaginale e pararettale, limitato dal mu-

scolo elevatore dell'ano dietro del quale sta il grasso ischiorettale. Nel quinto disegno tre punti ossei formano le parti laterali dello stretto inferiore e si scorgono i muscoli ischio-cavernosi, l'uretra, la vagina, il retto, il muscolo elevatore dell'ano, gli otturatori interni, i glutei.

Da un altro cadavere di donna che ebbe parto prematuro nell'ottavo mese e morì poche ore dopo, ottenni due sezioni e due figure corrispondenti, una frontale, una antero-posteriore. Nella prima si veggono le pareti convergenti del bacino piccolo, l'utero privato del fondo, essendo in antiversione, le ovaia cadute sotto il taglio, resti di vagina e di labbro anteriore, un elevatore dell'ano, un psoas-iliaco, un otturatore interno, grosso ischiatico.

Dai cadaveri di tre bambine ottenni una sezione frontale, una antero-posteriore e tre sezioni orizzontali, una nello stretto superiore, una nello scavo, una nello stretto inferiore. Le differenze, in confronto al bacino dell'adulta, sono specialmente rimarchevoli nello scavo. Possibilmente le tavole presentate colorate verranno riprodotte in qualche modo in un Album.

Prof. A. **von Mars** (Krakau):

Vorzeigung didaktischer Präparate.

M. H.! Ich trage seit 14 Jahren die Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität in Krakau vor. Ich bin verpflichtet die Uebungen auf den Phantomen und Cadavern mit den Studenten über gynäkologische Operationen zu halten. Im Verlaufe dieser Zeit habe ich mich überzeugt, dass das Vorzeigen am Cadaver und Vorzeichnen an der Tafel der Operationen zu zeitraubend ist, dass nicht jeder zeichnen kann und dass die Studenten das Plastische der Zeichnung nicht Alle verstehen. Deswegen habe ich für meine Vorlesungen zuerst Lehmmodelle selber modellirt, was mir ausgezeichnete Dienste leistete. Meine Collegen in Krakau haben mich aufgefordert diese Modelle zu reproduciren. Ich lege also der geehrten Versammlung des XI. Internationalen Congresses die aus 108 Stücken bestehende Sammlung vor, und bitte dieselbe anzusehen und Ihre Meinung aussprechen zu wollen.

Prof. L. **Acconci** (Genova):

L'infezione tubercolare dell'ovario.

Conclusioni

Con ricerche sperimentali praticate sulle coniglie l'autore viene a concludere che nel maggior numero dei casi l'infezione tubercolare dell'ovaio produce una degenerazione microcistica e solo rarissimamente si hanno gli esiti di una degenerazione caseosa.

Prof. K. **Pawlick** (Prag):

Zur Endoskopie der weiblichen Blase.

Seit mehr als zehn Jahren beschäftige ich mich mit einer besonderen Art die weibliche Blase zu endoskopiren, auf deren Idee ich bei der Untersuchung und Operation der Blasenscheidenfisteln kam, wobei ich aus-

schliesslich die Knieellbogenlage und die Bozeman'sche Methode benutzte. Bei günstig, das heisst knapp an der Urethra liegenden, etwas grösseren Fisteln kann man durch dieselben die ganze Blaseninnenfläche genau besichtigen.

Ich verwendete diese Erfahrung auch bei intacten Blasen, zuerst nur an solchen, bei welchen aus irgend einem Grunde die Simon'sche Harnröhrendilatation ausgeführt worden war, indem ich bei Knieellbogenlage der Patientin ein weites Simon'sches Speculum in die Harnröhre einlegte und durch dasselbe bei gewöhnlichem Tageslichte das Blaseninnere besichtigte.

Da das Simon'sche Speculum schwer nach verschiedenen Richtungen zu dirigiren und fest zu halten war, liess ich an demselben einen Griff anbringen.

(Vorzeigung des Instrumentes).

Dieses Instrument, combinirt mit der spontanen Aufblähung der Blase in Knieellbogenlage und Beleuchtung des Blaseninneren mittelst Sonnenlicht, verwendete ich durch lange Zeit.

Da aber das Sonnenlicht nicht immer in genügender Stärke, besonders im Winter, zu haben ist, benutzte ich vor sechs Jahren zur Beleuchtung ein elektrisches Lämpchen, das an einem langen Stiel angebracht ist.

(Vorzeigung des Instrumentes).

Für die Blasenbesichtigung war dies sehr dienlich, für die Ausführung irgend welcher Eingriffe im Blaseninneren, vor Allem für die Katheterisirung der Harnleiter aber unzweckmässig, da die eine Hand das Speculum, die andere die Lichtquelle halten musste. Deswegen habe ich beide Theile, den Harnröhrenspiegel und den Beleuchtungsapparat in ein Instrument vereinigt und liess vor zwei Jahren das Endoskop, wie ich es jetzt verwende von Leiter in Wien anfertigen.

(Vorzeigung des Instrumentes).

Es besteht aus einem metallenen Harnröhrenspiegel mit Handhabe und dem elektrischen Beleuchtungsapparat, der in den Spiegel eingeschoben und durch eine einfache Vorrichtung befestigt wird.

Für langdauernde Untersuchungen und Demonstrationen ist in dem Beleuchtungsapparat eine Wasserleitung angebracht, durch welche er abgekühlt wird.

Das Wasser wird mittelst eines Richardson'schen Sprayapparates durch das Instrument getrieben.

Das Verfahren besteht also darin, dass zuerst die Harnröhre dilatirt wird, dann wird die Pat. in Knieellbogenlage auf einem Bozeman'schen Fisteltisch befestigt und der Harnröhrenspiegel eingelegt.

Bei genügendem Sonnenlicht kann man nun das Blaseninnere ohne Weiteres besichtigen. Bedarf man der künstlichen Beleuchtung, so wird der Beleuchtungskörper eingeschoben und festgemacht.

Die Besichtigung der ganzen Blase geschieht durch entsprechende Verschiebung und Drehung des Spiegels.

Bei Kranken mit grossem Gewichte, die nur mit grosser Mühe auf den Fisteltisch zu heben wären, oder wenn kein Fisteltisch zur Verfügung steht, verwende ich die Trendelenburg'sche Lage; doch ziehe ich die Knieellbogenlage immer vor, weil durch sie die Ausdehnung der Blase am vollkommensten eintritt.

Für die Harnröhrendilatation muss die Kranke narkotisirt werden; bei einmal dilatirter Harnröhre nehme ich die weiteren Untersuchungen ohne Narkose vor.

Die Katheterisirung der Ureteren ist auf diese Weise häufig ganz leicht möglich, wenn man den Spiegel nach der bekannten Angabe Grünfeld's von der sagittalen Richtung um 30° nach rechts oder links wendet. Man sieht an der hinteren Blasenwand das Ligamentum interuretericum als vorspringende Querleiste und an ihrem seitlichen Antheil ein kleines warzenförmiges Gebilde mit einer verschieden geformten Vertiefung — die Uretermündung.

Manchmal fehlt aber dieses Wärzchen und man sieht nur mit grosser Mühe einen feinen, halbmondförmigen Schlitz.

In anderen Fällen sieht man gar nichts auf den Ureter Deutendes; in einem solchen Falle muss man das periodische Ausspritzen des Urins abwarten, das die Stelle der Uretermündung verräth.

Das Einführen des Katheters bietet dann keine Schwierigkeiten.

Ich habe auf diese Weise gesunde und kranke Ureteren gesehen, und katheterisirt; ausserdem endeskopirte ich Blasen mit solitären, gestielten und multiplen, breitbasigen Papillomen, mit Catarrh, Geschwüren, Narben der Schleimhaut, carcinomatösen Geschwülsten, mit Perforation einer vereiterten Dermoidcyste des Ovariums in die Blase, wobei man die in die Blase eindringenden Haare sehr gut sah; ferner sah ich von aussen in die Blase eingeführte, incrustirte Fremdkörper, so wie auch auf entzündlicher Basis beruhende Schrumpfung und Divertikelbildung.

Die Vortheile dieser Methode bestehen darin, dass man bei gewöhnlichem Sonnenlichte oder bei künstlicher Beleuchtung das ganze Blaseninnere mit Leichtigkeit und sicherer Orientirung besichtigen kann, dass man auch bei eitrigen Processen und Blutungen in der Blase an der Ausführung der Endoskopie nicht gehindert wird, dass man die Ureteren katheterisiren und manche operative oder kurative Eingriffe im Blaseninneren vornehmen kann.

Die schwache Seite dieser Methode ist die Nothwendigkeit die Harnröhre zu dilatiren.

In vielen Fällen ist dieser Eingriff durch die Art des Leidens gerechtfertigt, in anderen wird man sich dazu schwerer entschliessen.

In diesen letzteren Fällen habe ich bei Knieellbogen- oder Trendelenburg'scher Lage der Frau die Luft durch einen gewöhnlichen Katheter in die Blase einströmen lassen, dann den Katheter durch ein Leiter'sches oder Nitze'sches Endoskop ersetzt und die Endoskopie ohne Harnröhrenerweiterung vorgenommen.

Man kann den Einwand erheben, dass man keinen anderen Apparat braucht, wenn diese letztere Combination genügt. Wenn aber Jemand die beiden Methoden der Blasenbesichtigung vergleicht, so wird er sich überzeugen dass bei meinem Instrument das Sehfeld ein grösseres, die Orientirung in der Blase eine ganz einfache ist, die Klarheit der Bilder durch nichts gestört wird.

Ausserdem gestattet die Weite des Speculums verschiedene Eingriffe, besonders die Katheterisirung der Ureteren.

Nach geschehener Untersuchung wird die in die Blase eingedrungene Luft in Rückenlage der Frau durch einen gewöhnlichen Katheter aus der Blase herausgedrückt.

Die Klarheit der Bilder ist so gross, dass ich nothwendig auf den Gedanken kommen musste dieselben zu photographiren.

Vor einem Jahre liess ich von Reichert in Wien einen dafür bestimmten Apparat construiren, habe aber, seit ich das Instrument besitze, keinen passenden Fall zur Verfügung gehabt.

Zum Schlusse will ich noch bemerken, dass mein Freund Howard Kelly im Januarhefte des *American Journal of Obstetrics* eine auf den gleichen Ideen beruhende Methode veröffentlicht hat. Er bewegt sich noch in den Stadien, die ich vor zehn Jahren durchgemacht habe und benutzt nur Tageslicht zur Untersuchung.

Aus demselben Grunde wie ich, wird er wohl später auch zur Anwendung des elektrischen Lichtes kommen.

Dies bewog mich die Ergebnisse meiner Arbeit schon jetzt den Fachcollegen vorzulegen, während ich ursprünglich die Absicht hatte, damit zu warten, bis ich gelungene Photographien des Blaseninneren hätte vorzeigen können.

Prof. **G. Rein** (Kiew):

Cure radicale de l'extrophie de la vessie. (*Extirpation de la vessie, implantation des uretères dans le rectum*).

L'extrophie vésicale a deux symptômes graves: 1° la muqueuse de la vessie est ouverte aux influences fâcheuses de toute espèce et elle devient le siège d'inflammations, d'ulcérations, de sensations douloureuses, et il est même possible qu'il y ait infection de la muqueuse des uretères, avec pyélites secondaires; 2° il existe incontinence d'urine.

Toutes les méthodes d'intervention chirurgicale, connues jusqu'ici, ont pour but, ordinairement, la première indication et même, pour cette première indication, on n'obtient pas toujours un succès complet.

Quant à la seconde indication, l'incontinence d'urine, on n'avait jamais réussi à la vaincre, semble-t-il, dans cette maladie, chez la femme.

Donc, l'état actuel de la science permet, il me semble, de poursuivre des recherches et de tenter de guérir cette maladie d'une manière radicale.

J'ai une observation de ce genre que j'ai l'honneur d'exposer aussi brièvement que possible.

Une paysanne, âgée de 20 ans, entra à la clinique d'obstétrique de Kiew, le 5 décembre 1893, dans un bon état de santé générale. Elle présentait une extrophie vésicale complète: une hernie ombilicale considérable, le bassin avec la symphyse divisée et, en outre, le prolapsus de la portion vaginale hypertrophiée (toute la matrice mesurait 10,1). La vessie extrophiée formait une tumeur de $5,0 \times 7,0$. La muqueuse vésicale était inflammée et partiellement hypertrophiée et ulcérée.

L'opération a été faite, le 1er mars 1894, en présence de 15 médecins et de 14 étudiants: méthode aseptique, d'après le plan suivant:

1er *Temps.* — Incision de 16 centimètres le long de la ligne blanche, à travers la hernie ombilicale et la vessie extrophiée.

2e *Temps.* — On met la malade dans la position de Trendelenburg, on extrait la matrice et les annexes gauches de la cavité péritonéale, on

introduit une sonde dans l'uretère gauche et le cathéter utérin dans le rectum, puis on fait approcher les deux sondes et on remarque que le point, où l'uretère et le rectum se laissent facilement approcher, se trouve à 2 cm. plus haut que le fond de la cavité de Douglas. Ici on fait une incision longitudinale de quelques mm., dans la paroi de l'uretère et dans la paroi du rectum.

Après cela, on introduit une canule en verre dans l'uretère et on conduit le tube élastique, attaché à cette canule, dans le rectum et en dehors par l'anus. Enfin, on met les sutures de soie, à deux étages, sur la fistule uretéro-rectale artificielle de la même manière que pour la suture intestinale de Lambert.

3e *Temps.* — On fait la même opération du côté droit.

L'uretère droit est laissé bien implanté dans le rectum à la même hauteur que l'uretère gauche, à 2-3 travers de doigt de distance.

4e *Temps.* — Extirpation de la vessie. On change la position de Trendelenburg en décubitus dorsal ordinaire. On applique plusieurs ligatures sur les artères vésicales et leurs branches.

5e *Temps.* — Suture de la plaie abdominale. Il est impossibile de réunir l'incision abdominale dans la partie inférieure, dans le sens vertical, à cause de l'éloignement considérable des os pubiens et des parties inférieures des muscles droits de l'abdomen. Par conséquent, on suture la plaie en ⊥.

L'opération dure 2 heures 52 minutes.

Les suites de l'opération étaient très satisfaisantes, pendant les premiers jours, mais la guérison fut compliquée par une fistule abdominale de l'uretère gauche. La canule, introduite dans cet uretère, pendant l'opération, glissa lorsqu'on conduisait le tube de la canule de l'uretère droit en dehors. L'urine sortait de l'uretère gauche par deux voies: le rectum et la plaie abdominale.

J'ai laissé la malade en bonne santé le 13me jour après l'opération. On m'a écrit dernièrement que la guérison était compliquée par une infiltration locale du tissu cellulaire du bassin, due a l'urine qui sortait du bout périphérique de l'uretère. Enfin, il n'y a que deux jours, j'ai reçu la triste nouvelle, que ma malade est morte le 21 de ce mois (mars), c'est-à-dire vingt et un jours après l'opération et quarante heures après qu'on lui avait ouvert l'abcès. Il est évident que, malheureusement, la faute a été commise dans la manœuvre opératoire. Il a fallu lier les bouts périphériques des deux uretères; manœuvre, qui restait encore à faire, comme opération complémentaire.

La malade émettait spontanément l'urine par le rectum et on avait calculé que la quantité quotidienne, émise par cette voie, allait jusqu'à 300 cent. cubes. La température était entre 36°.3 et 38°.6 et le pouls entre 68 et 135.

Voici, messieurs, mon observation. Bien qu'elle soit unique, bien que l'opération n'ait pas réussi, bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour ce qui concerne la technique opératoire, nous connaissons cependant tous les expériences de Glück und Zeller et du professeur Novaro sur les animaux, nous avons aussi les observations cliniques des professeurs Pawlik, Simon, Sonnenburg, Küster et autres, ainsi qu'un grand nombre d'observations sur la

fistule recto-vaginale artificielle, faite pour la guérison des fistules vaginales; tous ces faits peuvent servir à nous prouver que l'extrophie vésicale ne doit pas être considérée, aujourd'hui, comme une maladie incurable.

Prof. E. **Truzzi** (Novara):

Nuovi documenti per lo studio degli effetti della castrazione ovarica ed utero-ovarica sul decorso dell'osteomalacia.

I. L'A. porta un contributo di sette casi clinici per lo studio della benefica influenza, che la soppressione chirurgica delle vicende generative sa esercitare sul decorso dell'osteomalacia.

II. L'A. ha studiato il ricambio dell'azoto col metodo *Kjeldahl* e quello dell'acido fosforico in tre osteomalaciche, prima e dopo la castrazione; ed è indotto a credere che, in seguito a tale operazione, tendano a diminuire i processi di disassimilazione con vantaggio per la ricostituzione organica delle pazienti. Però tale favorevole modificazione del ricambio non si rese evidente se non a circa un mese dall'intervento operatorio.

III. In uno dei detti casi l'esame istologico di un frammento di costa, esciso cento giorni dopo la castrazione utero-ovarica, fece riconoscere che il midollo osseo era in preda ad una estesa trasformazione *fibrosa*, alla quale l'A. è inclinato ad attribuire il significato di una neoformazione rigenerativa dell'osso, intesa alla riproduzione mielogena di nuove trabecole ed alla consolidazione dell'osso, già rammollito dall'osteomalacia.

IV. L'A. basandosi su casi nei quali la semplice castrazione ovarica alla Fehling non diede un risultato durevolmente efficace, ritiene preferibile alla medesima la castrazione completa utero-ovarica, alla quale l'A. si è attenuto nell'ultimo dei suoi casi.

V. L'A. non è favorevole alla teoria del Petrone ed accenna a ricerche, che sta attualmente istituendo, dalle quali trasparirebbe come, contrariamente alle idee espresse dal Pommer, il midollo osseo nelle sue trasformazioni biochimiche abbia una importanza somma nella genesi dell'osteomalacia, per lo meno come fattore preparatorio alla azione di altre cause.

Prof. E. **Koeberlé** (Strasbourg):

Du traitement de la rétroversion utérine.

Quoique la pathologie de la rétroversion utérine ait été l'objet de nombreux travaux, l'étiologie n'en a pas été bien établie.

Au point de vue du traitement, il est pourtant très important de l'indiquer aussi exactement que possible.

Si, d'un côté, l'ampleur de l'excavation pelvienne prédispose au déplacement et à la flexion en arrière de la matrice, l'intervention d'un effort est toujours nécessaire. Les malades attribuent le début de leur affection à des causes variées, mais je crois que l'on peut affirmer qu'elle se produit à peu près constamment, à la suite d'une forte constipation, pendant l'acte de la défécation. La matrice, appliquée sur l'intestin rectum distendu, suit en quelque sorte l'expulsion de la masse fécale, sous l'influence des efforts

d'expulsion, en se repliant en arrière; elle est ainsi refoulée dans le vide qui tend à se produire dans l'excavation pelvienne, où elle reste alors fixée et enclavée d'une manière permanente.

Cet état anormal de flexion est dès lors accompagné de crampes, de contractions utérines qui occasionnent les maux de reins dont se plaignent les malades et qui sont aggravés par une station ou par une marche tant soit peu prolongée, sous l'influence du poids et de la pression des intestins.

Lorsque la matrice reste ainsi maintenue dans sa position anormale et dans sa flexion, la déformation de cet organe se prononce de plus en plus, et devient, enfin, permanente par suite du raccourcissement ou de la rétraction des tissus.

Ceci étant ainsi établi, l'état des ligaments ronds est très accessoire, ces ligaments pouvant s'allonger d'une manière très considérable, ainsi que cela arrive dans le cours de la grossesse.

Relativement au traitement il y a lieu de distinguer si la rétroversion est récente ou chronique, ou si elle est compliquée d'adhérences pelviennes.

Les deux premiers cas peuvent être traités très avantageusement:

1. Par la simple réduction à la position normale lorsque l'affection est d'origine récente.

2. Par la contention et le maintien dans la position normale, à l'aide d'un pessaire convenable, lorsque la matrice n'est pas encore trop déformée ou fléchie sur elle-même d'une manière permanente.

Dans les cas assez rares où le corps de la matrice est maintenu d'une manière fixe dans l'excavation de Douglas, et dans les cas d'adhérences ovariennes dans la même excavation, les pessaires vaginaux ne sont pas applicables. Il en est de même des pessaires intra-utérins, du massage, des ceintures, etc., qui tendent à aggraver l'état des malades.

Le raccourcissement des ligaments peut être efficace dans les cas récents, mais il ne donne que des résultats aléatoires dans les cas chroniques, et il n'est pas applicable aux cas compliqués d'adhérences douglasiennes.

Quoique je sois le premier qui ait pratiqué l'hystéropexie, je ne suis partisan de cette opération que dans des cas exceptionnels, où l'application d'un pessaire est impraticable.

L'hystérectomie n'est justifiable que d'une manière très exceptionnelle dans les cas compliqués, soit d'adhérences douglasiennes, soit de lésions ou de tumeurs concomitantes de la matrice et de ses annexes, ou de circonstances qui rendent l'existence intolérable aux malades.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la vagino-fixation, la résection utérine, qui ne peuvent pas être considérés comme des moyens de traitement d'une efficacité durable. Personnellement, sur plus de mille cas de rétroversion, je n'ai jamais retrouvé l'occasion de revenir à l'hystéropexie.

Sauf quelques exceptions très rares, j'ai toujours réussi à maintenir la matrice dans sa position normale, à l'aide du pessaire ovalaire de Hodge en caoutchouc durci, convenablement appliqué, d'une conformation et d'une grandeur convenable. Cet appareil est, suivant moi, le meilleur moyen de contention et de traitement de la rétroversion dans les cas ordinaires.

Les autres appareils, les opérations chirurgicales variées, auxquelles on a eu recours dans les derniers temps, ont été suivis de bons résultats

immédiats, mais les résultats éloignés en sont peu connus, et il est douteux que leur valeur thérapeutique, c'est-à-dire leur efficacité, leur innocuité, soient supérieures à celles du pessaire ovalaire dont j'ai eu l'habitude de faire usage et qui m'a donné les meilleurs résultats.

En entrant dans les détails relatifs à la conformation du pessaire, au mode d'application, aux soins consécutifs, je dépasserai les bornes d'une courte conférence. Je me bornerai à quelques indications générales.

Le pessaire en caoutchouc durci doit être de bonne qualité, parfaitement lisse, sans défaut et non susceptible de se déformer à la température du corps. Son diamètre longitudinal doit avoir au moins neuf centimètres, strictement nécessaires dans la plupart des cas. Son ouverture intérieure, à l'extrémité postérieure, doit être proportionnée au diamètre du col de la matrice qui doit s'y trouver entièrement libre. Sa partie élargie rétro-pubienne doit être suffisamment large afin que l'instrument ne soit pas expulsé du vagin dans les efforts de défécation.

La courbure en S sur le plat ne doit pas être très forte. La courbure postérieure doit être dirigée en bas.

La courbe antérieure rétro-pubienne doit être presque plate, un peu rentrante à sa partie moyenne, qui correspond à la symphyse pubienne.

Avant de procéder à l'application du pessaire, la matrice doit être ramenée à sa position normale à l'aide d'une sonde utérine.

Si le vagin est trop étroit ou trop court, il faut préalablement appliquer, d'une manière temporaire, une ou plusieurs heures, un pessaire plus grand que celui dont on doit faire un usage définitif.

Le pessaire sert à allonger le vagin et à porter ainsi en arrière, vers la concavité du sacrum, le col de l'utérus sur lequel il n'exerce pas une action directe; il doit avoir une longueur suffisante pour empêcher le corps de l'utérus de basculer en arrière entre lui et le sacrum.

Prof. **E. Pestalozza** (Firenze):

Cura della retroflessione uterina colla fissazione vaginale anteriore.

Quando pensai di presentare il modesto risultato della mia esperienza personale nella operazione della fissazione vaginale anteriore, come cura della retroflessione uterina, non potevo contare che su risultati relativamente recenti: non posso nascondere che da allora le mie opinioni si modificarono alquanto, temperando colla relativa instabilità dell'esito definitivo il naturale entusiasmo che si poteva avere per un'operazione facilissima nel suo tecnicismo, scevra da qualsiasi pericolo e di effetto immediato sicuro. Questi giudizii permangono tuttora immutati e bastano da soli a giustificare l'esperimento di un metodo di cura da noi ancora poco divulgato e di cui si contendono la priorità Dührssen e Mackenrodt, noti allievi dei nostri illustri ospiti prof. Gusserow e Martin.

Non starò a descrivere nelle sue varianti il metodo operativo che consiste essenzialmente nell'incisione della parete vaginale anteriore a livello del fornice ed anche più in giù, per poter di lì scollare la vescica dall'utero e, posta così allo scoperto per un certo tratto la parete dell'utero

previamente ridotto, fissarla per due o tre punti alla vagina. Dissi l'operazione facile, scevra di pericoli e di risultato immediato sicuro. Ed invero, la tecnica è delle più agevoli nello scollamento della vescica per chi abbia qualche pratica in operazioni vaginali e specialmente nell'estirpazione dell'utero; quanto al secondo tempo, un po' più arduo, l'applicazione dei punti di sutura, io lo trovai straordinariamente facilitato dall'uso di pinze uncinate con cui si afferrano man mano nella ferita punti sempre più elevati della parete anteriore dell'utero.

Scevra di pericoli lo è, come operazione che non tocca vasi cospicui, che non apre la cavità peritoneale e che, scollata per bene la vescica, non espone a lesioni di organi importanti. Il risultato immediato è sicuro, perchè non è nemmeno da pensarsi che un utero fissato intimamente alla parete anteriore della vagina con robusto filo di seta possa ricadere all'indietro. Dovrebbe per far questo sollevare la parte bassa anteriore della vagina, la quale è troppo bene fissata dai suoi attacchi perchè si abbia a mettere in dubbio la sua attitudine a fornire un sicuro punto d'appoggio.

A questi pregi innumerevoli dell'operazione rispondono i risultati remoti? Io per mio conto posso rispondere che l'esito non è costante, e che in circa la metà dei casi dopo qualche mese dall'operazione l'utero si trova ricaduto all'indietro. Per giungere a questa conclusione io mi appoggio sulla mia statistica, che invero è alquanto limitata, riducendosi ad otto casi. Ma a chi paresse azzardato trarre delle conclusioni da un numero poco esteso di casi, risponderò che il numero cospicuo è necessario per una conclusione quando si agisca su di un materiale in cui ogni singolo caso possa presentarsi con delle caratteristiche individuali, che modificano volta per volta le condizioni dell'esperimento. Ma quando si tratta di casi riducibili tutti agevolmente ad un unico tipo, le deduzioni possono essere tratte anche da numeri più limitati. Ora i casi cui io applicai il metodo operativo sono esclusivamente casi di uteri retroflessi riducibili, senza complicazioni di aderenze perimetriche, o di lesioni degli annessi, alla retroflessione tipica non complicata. Ed è naturale che limitando l'intervento a questi casi il materiale debba farsi assai scarso, perchè per l'appunto la maggior parte di questi casi o non richiedono cura di sorta o sono passibili di una cura più semplice coll'uso di adatti pessarii. Solo allora mi pare giustificata l'operazione quando l'utero retroflesso riducibile che reclama per sintomi accentuati una cura, non possa esser tenuto in posto da un pessario o questo per speciali condizioni non venga tollerato. Che se invece esistono delle aderenze non spererei per questa via di poterle rimuovere e ricorrerei piuttosto ad altra via, p. es., l'isteropexi addominale o l'accorciamento dei legamenti rotondi, che ora accenna a ripresentarsi fra le operazioni alla moda. Se dunque per le annoverate indicazioni viene a trovarsi ristretto di molto il campo della fissazione vaginale anteriore mi sia concesso di dare un qualche valore alle mie piccole cifre, che rispondono a due anni di esperienza clinica. Su otto operate vidi in quattro riprodursi dopo non lungo tempo la retroflessione! Il perchè di questa facilità alle recidive va, a mio parere, cercato non tanto nel materiale di sutura adoperato, quanto nei caratteri anatomici dei tessuti che noi fissiamo. Scollata infatti la vescica, sollevato di necessità in parte il peritoneo, la faccia anteriore denudata dell'utero vien tratta ai margini della ferita vaginale e nella

successiva cicatrizzazione vi prende coalito. Ma questo coalito non è esteso come si avrebbe portando, p. es., a mutuo contatto due superfici sierose: in grembo all'atmosfera connettivale interposta in questo momento, fra utero e vagina, noi vediamo nella cicatrizzazione riformarsi del connettivo probabilmente un po' più stipato lungo il tragitto dei fili, ma che è disposto a seguire tutte le vicende del tessuto connettivo e sopratutto la distensione da parte della vescica che male si adatta a distendersi verso l'alto, al disopra dell'utero; e che tende perciò colla sua parte bassa e posteriore a ficcarsi nel punto di coalito. Vi sarebbe un mezzo di impedire il rilasciamento di questo coalito: il lasciare a permanenza i fili di materiale indistruttibile, la seta: ma qui si urta in altro inconveniente: la vescica che tenta di cacciarsi fra utero e vagina può rimanere impigliata nei punti con un infundibulo, ed è così che io mi spiego la penetrazione da altri notata dei fili stessi in vescica a formare nucleo alla formazione di calcoli. Siccome il rilasciamento sarebbe meno facile se l'adesione avvenisse fra due superfici sierose, si potrebbe fare in modo che i punti attraversino lo sfondato vescico-uterino penetrando in cavità, ma davvero è consiglio azzardato quello di spingere un ago nella cavità addominale non aperta ed oltre a ciò di difficile attuazione metodica.

Per questi difetti inerenti al metodo io ritengo che la fissazione da esso procurata sia di sua natura transitoria, non permanente, e che il metodo in ultima analisi abbia il valore di un pessario che noi applichiamo per correggere per un dato periodo lo spostamento nella speranza che dopo qualche mese l'utero, anche abbandonato a sè, rimanga in posto, o che, per lo meno, nel periodo in cui fu in posto si emendino le condizioni morbose che avevano consigliato l'intervento, come le emorragie e i dolori.

Prof. C. **Romano** (Napoli):

Isterectomia infravaginale (con asportazione degli annessi uterini) per isteroptosi irreducibile con cistocele e rettocele, complicata a salpingo-ovarite purulenta.

Reputo non priva d'interesse scientifico e pratico l'esposizione di un caso di grave e completo prolasso di utero complicato a molteplici lesioni, non solo del parametrio, ma anche degli altri organi circostanti, curato felicemente con la isterectomia totale sotto-vaginale, e la estirpazione degli annessi uterini.

La importanza della osservazione clinica si rileverà dalla storia della inferma, dalla descrizione dei fatti obbiettivi e dalle considerazioni di chirurgia ginecologica, alle quali il caso si presta, e che andrò svolgendo con la maggiore brevità nel corso di questo scritto.

Il caso è notevole, non solamente perchè il prolasso dell'utero e della vagina era associato a rettocele ed a cistocele e complicato da pio-salpingo-ovarite, ma anche per le difficoltà incontrate nell'esecuzione dell'operazione radicale, a cagione delle alterazioni anatomo-patologiche della mucosa vaginale e del cellulare parametrico, e pel reperto anatomico dell'utero stesso, che conteneva un polipo sottomucoso (fibro-adenoma).

E le lesioni anatomiche singolari e non comuni riscontrate nell'utero prolassato e negli organi adiacenti, giustificano pienamente l'atto operativo da

me eseguito con successo, quantunque in generale dalla maggior parte dei chirurgi esso non venga indicato come necessario per la cura del prolasso uterino, e da qualcuno, ad esempio Desprès, sia addirittura dichiarato irrazionale.

Storia clinica. — Vincenza Molinari, di anni 50, da Napoli, maritata, povera madre di famiglia, venne ricoverata il 25 gennaio 1893 nella mia sala (VII[a] infermeria, letto n. 2) nell'ospedale degl'Incurabili.

Nessun precedente gentilizio degno di nota: il padre morì di apoplessia cerebrale, la madre per le conseguenze di una frattura riportata nel collo del femore: ha tre fratelli, che godono ottima salute.

Fu mestruata la prima volta a 14 anni, e d'allora in poi le ricorrenze mensili furono sempre regolari per durata e quantità. La mestruazione è cessata già tre anni or sono.

Maritata all'età di 26 anni, ha avuto sette figli, dei quali cinque sono ora viventi e di perfetta costituzione organica.

Le gravidanze sono state normali e si sono succedute con l'intervallo di circa due anni tra l'una e l'altra.

I parti sono avvenuti sempre a nove mesi compiuti e si sono espletati felicemente: l'ultimo parto data da circa otto anni.

Per lo passato la donna non ricorda di aver sofferto alcuna malattia degna di considerazione.

L'affezione, per la quale è venuta a reclamare istantaneamente le nostre cure, si è iniziata nel mese di luglio 1890 con una leggera procidenza del collo dell'utero attraverso la vulva, che andava sempre più facendosi rilevante e manifesta, per azione del gran cammino a piedi che doveva fare l'inferma per affari della sua famiglia. Però questo spostamento dell'utero per un certo tempo le arrecava una tollerabile molestia, poichè l'organo si riponeva in sito mercè qualche semicupio e mettendosi a riposare in letto.

Il giorno 25 decembre 1892 la inferma, avendo dovuto sbrigare molte sue faccende, girando per la città sotto una pioggia dirotta, si ritirò a casa tutta bagnata e fu obbligata a mettersi a letto. Poche ore dopo le sopravvenne un'intensa metrorragia che durò varii giorni, dopo di che non fu più possibile ridurre a posto l'utero prolassato.

Da quel giorno fino al momento, in cui è venuta all'ospedale, non ha potuto più lasciare il letto, sia perchè estenuata dalla perdita di sangue, sia per l'incomodo e per i dolori che le arrecava l'organo spostato.

Stato attuale. — Al dinanzi dell'anello vulvare e tra l'alto delle cosce, immediatamente al disotto delle grandi labbra, divaricate in alto, sporge un tumore di forma quasi sferica, grosso quanto la testa di un feto a termine. Esso presenta un diametro verticale di cm. 15; un trasversale massimo di cm. 12 ed ha la circonferenza nel centro di cm. 36.

Il tumore è alquanto appiattito lateralmente, e si estende nella sua base nel senso sagittale da un punto immediatamente al di sotto del meato urinario fino ad un centimetro dal margine anteriore dell'ano. La superficie di questo tumore è ugualmente liscia e regolare; in qualche punto nella parte superiore è escoriata e di aspetto rosso vivace, con secrezione fetida dovuta a macerazione di epitelio. La superficie inferiore e posteriore invece è di aspetto rosso pallido e senza scontinuità.

Quasi nel centro della sua parte inferiore, dove il tumore si appunta in forma di cono tronco, si apre un orifizio trasversale a margini pieghet-

tati e più rossi, esteso per cm. 1,5 e che mette capo in un canale, pel quale una sonda uterina penetra per circa 9 cm. ed urta contro un fondo duro e resistente. Questa esplorazione dà esito ad alquanto sangue, ma riesce indolente. Palpando la parte più sporgente di questo tumore, cioè l'esterna e la superiore, si sente una durezza elastica uniforme, mentre nella parte posteriore del tumore, cioè dove esso è più ampio e prossimo alla vulva, si ha la sensazione di cedevolezza e di tessuti molto molli, ed in qualche punto addirittura di fluttuazione. Però appena attraverso questa massa si possono palpare i contorni di un corpo duro e rotondeggiante che vi era contenuto, il cui fondo corrisponderebbe a quello riscontrato con la sonda.

Un catetere introdotto per l'orifizio uretrale, il quale guarda alquanto in alto, percorre un tragitto diretto verticalmente in basso ed alquanto in avanti.

Il dito introdotto nell'ano, ritorna in avanti in un infossamento corrispondente alla base del tumore per circa 3 cm. In alto non tocca l'utero nella sua sede normale, e mentre esplora la parte superiore del retto, non avverte il contatto di un catetere introdotto nella vescica.

Il perineo si esplora sano e normale, e di lunghezza, spessore e consistenza corrispondenti relativamente allo stato di pluriparità della paziente.

Esame generale. — Apparecchio scheletrico normale.

Pannicolo adiposo scarso.

Colorito alquanto pallido della cute e delle mucose apparenti.

Temperatura normale, eccetto verso sera, in cui si eleva al massimo a 37°.8.

Apparecchio respiratorio normale.

Apparecchio cardiaco-vascolare: si avverte un leggero soffio sistolico alla punta del cuore.

Apparecchio digerente: l'inferma è affetta da stitichezza abituale, la quale aggrava le condizioni locali.

Apparecchio urinario: le urine escono poco per volta e frequentemente, e si spandono sulla superficie del tumore, che irritano continuamente, dando un lezzo caratteristico. Raccolte col catetere ed analizzate, si mostrano normali.

Apparecchio nervoso: l'inferma si lamenta di un senso di peso e di molestia fra le cosce, di dolore e calore nella parte sporgente dalla vulva, e di dolori nella escavazione pelvica, che s'irradiano fino alle regioni lombari.

Evidentemente si trattava di un prolasso completo dell'utero e della vagina; la porzione sottovaginale del collo era scomparsa, nè vi era un vero allungamento ipertrofico del collo (malattia di Huguier).

L'utero, aumentato di volume, era affetto da metrite cronica ed endometrite catarrale. L'attrito continuo tra le cosce, l'irritazione dell'urina, che si spandeva sulla mucosa estroflessa, determinò un ingorgo cronico della vagina con edema, un ispessimento per la diuturna iperemia che, raddoppiando la sua spessezza, influiva sulla irreducibilità.

Le escoriazioni furono guarite con le irrigazioni di soluzione di sublimato, con la vaselina borica, con le continue cure di nettezza, bagni antisettici, ecc.

Vi era completo cistocele vaginale, e l'uretra stirata in basso, formava gomito, per cui appena si poteva attraversare con sonda piccola e flessibile, che scendeva quasi perpendicolarmente nella vescica.

Vi era modico grado di rettocele, il che era importante, mentre la porzione posteriore della vagina tutta prolassata era enorme, ed il suo contenuto pareva in parte effetto d'ispessimento del tessuto cellulare parametrico, dell'ingorgo flogistico cronico, e dello edema da infiltrazione nella spessezza della vagina, e forse di anse intestinali cadute nello spazio di Douglas, mentre vi era contenuto pure un ascesso, di cui il punto di partenza era fatto da infezione da cocchi piogeni penetrati nella tromba sinistra pel muso di tinca ulcerato, aperto liberamente nello ambiente esterno.

Era vera caduta dell'utero, *isteroptosi*, con cistocele, rettocele, prolasso totale della vagina e probabile ascesso nella parte postero-inferiore del tumore.

Le continue sofferenze, i lamenti dell'inferma per i dolori irradiantisi fin nelle regioni lombari, anche stando sempre in letto ed in riposo, l'insonnia, ecc., l'impossibilità della riduzione dopo ripetute prove, indicavano la isterectomia infravaginale.

Essendo la donna giunta all'età della menopausa, non era da occuparsi delle ovaie ed era permesso trascurare la questione della procreazione.

Era sperabile che, rimosso l'utero col cessare della cagione dello stiramento in fuori della vagina, e finite le irritazioni e le cause dell'ingorgo, si riducesse il volume della vagina stessa, e si riponesse in posto per la retrazione cicatriziale del suo fondo suturato.

Fu rimessa in secondo tempo la possibilità di dover ricorrere poi a colporrafia anteriore e posteriore, qualora rimanesse prolassata la vagina.

Era importante il volume della tumefazione nella parte inferiore e posteriore, che, tesa ed irreducibile, era molle e profondamente fluttuante; la pressione forzata faceva sentire come un lieve gorgoglio, che faceva pensare alla presenza di anse intestinali; però la percussione dava suono ottuso. La pressione era dolorosa, e vi era un modico grado di febbre (37°,8), il che faceva sospettare una collezione purulenta nel parametrio di sinistra.

Operazione. — Il 13 febbraio 1893, presente il professore A. Martino, e con l'assistenza dei dottori Cascelli e D'Agostino Alberto, e degli studenti Baccari, Mazzone, Saccone, Burgio, ecc., fu situata la donna in decubito dorso-sacrale alla sponda del tavolo di operazione, con gli arti inferiori divaricati con la regione perineale sporgente. Previe le opportune precauzioni antisettiche, si procede all'anestesia col cloroformio, che viene poi continuata sempre con l'etere, stante le condizioni di anemia e di defedamento dell'inferma.

Disinfettata con soluzione di sublimato tutta la superficie del tumore, si cerca di farne la riduzione: la parte anteriore diminuisce di volume, la vescica erniata si riduce, tanto che modificata la direzione dell'uretra, è possibile far penetrare in vescica una sonda metallica da donna: esce abbondante urina, e si lascia insito il catetere, affidato ad un assistente come guida per la dissezione della vescica.

Attraverso il muso di tinca si passa una forte ansa di filo di seta per punto di presa.

Incisione anteriore semicircolare a 2 cm. dal collo che si palpa ipertrofico. Scollamento laborioso della vescica palpata pel catetere. Nonostante

le fitte aderenze, si isola la vescica e si riscontra perfettamente integra nella sua totalità.

Ispessimento notevole del connettivo del cul-di-sacco anteriore del peritoneo.

Incisione semicircolare posteriore allo stesso livello, scollamento della vagina, notevole ispessimento del connettivo dello spazio di Douglas. La parametrite anteriore e posteriore spiega l'ispessimento del connettivo sottoperitoneale.

Mentre col dito si disseca la vagina posteriormente, si lacera una sacca purulenta, che dà esito a circa 300 grammi di pus. Era un grosso ascesso della tromba sinistra caduta indietro dell'utero e fissata nello spazio di Douglas. La tensione della raccolta era tale che, appena ulcerata la parete, spiccò con impeto lontano un getto di pus denso, cremoso, giallo-verdastro, inodore.

Così si riduce il volume posteriore del tumore, e si riesce ad isolare da questa parte il fondo dell'utero, che si attira all'infuori ed in basso, facendo fare il capitombolo all'organo dalla via posteriore.

Resta così isolato l'utero e tenuto solamente dai legamenti larghi.

A destra fa procidenza la tromba e l'ovario, che si asportano con l'utero previa legatura superiore.

A sinistra si riconosce che la suppurazione era fatta da salpingite suppurata, aderente al cul-di-sacco posteriore della vagina, con ovaia in parte disfatta ed aderente pure.

Si stringono con due klämmers a destra ed a sinistra i due legamenti larghi, si allacciano al disopra con due forti anse di fil di seta e si recidono all'innanzi dei klämmers. Così cade l'utero, riportando annesse la tromba e l'ovaia destra.

Raschiamento col cucchiaio di Volkmann dalla parte interna del focolaio purulento; disinfezione energica di esso; applicazione di un tubo da fognatura.

Poscia si fa la sutura del labbro anteriore col posteriore della vagina.

La vagina prolassata, dopo suturata, avendo nel centro un tubo elastico da drenaggio ed i cordoni di seta di legatura dei legamenti larghi, viene ridotta e rimessa a posto, formando così un cilindro cavo, in cui si applica uno zaffo di garza al iodoformio.

Si pone in vescica un catetere elastico Nelaton in permanenza.

Diario clinico. — Alla fine dell'operazione la paziente cadde in istato di shock, da cui rinvenne, riscaldandola con panni di lana, con iniezioni ipodermiche di caffeina ed etere, con marsala, ecc. La notte passò tranquilla. Temp. 36°,9.

Febbraio 14, 1893. L'indomani aveva il ventre timpanico, e qualche dolore addominale; nè vomito, nè altro, ma sete soltanto. Temp. 38°,4.

Vescica di ghiaccio sull'addome, brodo e marsala.

15 detto. Nessun dolore nell'addome, che è anche meno tumido. Temp. 38°,2. Clisteri; dieta lattea; acque aromatiche.

16 detto. Migliora: non tollera più il catetere ed urina liberamente.

Lavande antisettiche della vagina, da cui cola del liquido sieroso, gialletto. Temp. 38°.

17 detto. Ha due scariche ventrali spontanee: non ha sete, ventre più depressibile. Temp. 37°,8.

19 febb. Irrigazione di soluzione di acido borico per mezzo di tubo elastico ad ansa; esce poco pus giallo-verdastro, fetido. Temp. 38°,5.

La donna è debole e le si permette maggior nutrimento.

20 detto. Premendo le pareti vaginali anteriore e posteriore con le valve di Sims, esce molto pus, che pare si raccolga dietro gli *sfondi* vaginali prolassati, e che ora si tengono in posto, e che il drenaggio non incanala, uscendo solamente con la pressione delle pareti vaginali. Temperatura 37°,7.

Iniezioni antisettiche, ecc.

22 detto. Si tolgono i punti di sutura del fondo vaginale, già riunito, tranne nel centro per dove passa il tubo di fognatura, che si rinnova, ed i fili delle legature lasciati in sito. Temp. 37°,5.

24 detto. Cadono i fili di legatura dei legamenti larghi: il pus è sempre fetido.

Iniezione di acqua borica. Il tubo è cacciato fuori della vagina. Temperatura 37°,5.

25 detto. Con l'esplorazione digitale si penetra nel fondo vaginale attraverso l'orifizio centrale, per ove passava il tubo da fognatura, in una piccola cavità retrostante alla vagina nella piccola pelvi, donde esce il pus: ivi si introduce un catetere elastico a doppia corrente, per mezzo di cui si fa un'irrigazione di soluzione di permanganato di potassa, come antisettico e specialmente deodorante. Sempre ovatta assorbente innanzi la vulva per raccogliere il secreto purulento. Temp. 37°,4.

Nei giorni consecutivi si seguita a medicare con irrigazione di soluzione di permanganato di potassa alternata con acqua borica. Il pus va sempre più diminuendo fino a cessare del tutto, e finalmente si ha la cicatrizzazione della soluzione di continuo del fondo vaginale. La temperatura oscilla tra 37°,2 e 38°.

La donna è stitica ed ha bisogno di tempo in tempo di purganti oleosi. Urina perfettamente a volontà, e come una donna sanissima ritiene per lunghe ore le urine chiare e normali. Ha molto appetito, digerisce bene; tutti gli organi funzionano regolarmente; è scomparsa l'anemia e lo sfinimento in cui era; la magrezza è di molto diminuita, e riprese le forze, ricostituita nel generale, con volto ben colorito, e contentissima di sentirsi rinata alla vita, come ella dice, esce dall'ospedale il 26 marzo 1893, completamente guarita.

Scomparso il cistocele ed il rettocele, si osserva ricostituito un bel canale vaginale cilindrico, a fondo convesso, che dista di centimetri 6,5 dal meato urinario.

Si raccomanda all'inferma l'uso di un pessario elastico ad aria, del Gariel.

Esame anatomico degli organi asportati. — L'utero complessivamente conserva le sue forme normali, mentre è aumentato in tutte le dimensioni.

La lunghezza del muso di tinca al suo fondo è di cm. 9.5; la larghezza del corpo nella sua parte più elevata, corrispondente al fondo, è di cm. 8; la spessezza delle sue pareti è di circa centim. 5. Sul suo lato sinistro, verso la base, si trova unicamente l'impianto del legamento largo per l'altezza di circa 2 cm., e nella sua parte latero-inferiore si osservano delle lacinie di tessuto connettivo, come residuo dell'ala, della tromba

e dell'ovaia di sinistra, a spese delle quali parti si era costituito il focolaio purulento.

Nel lato destro si nota benissimo, oltre l'impianto netto del legamento largo, identico a quello di sinistra, tutta l'ala con la tromba di Falloppio, con l'inserzione del legamento rotondo e con quella dell'ovaia, la quale ha un diametro verticale di cm. 6, uno trasversale di circa 3 cm., senza veruna nota particolare.

Sezionato l'utero nel suo diametro longitudinale, si trova libero il canale cervicale, che è lungo circa cm. 4, e la cavità di dimensione quasi doppia nel normale fa osservare netti gli sbocchi delle due trombe falloppiane.

La mucosa era spessa, iperemica e ricoverta da un leggero strato di sostanza muco-sierosa.

Quello che è singolare e notevole è il fatto della esistenza di un tumore poliposo, peduncolato, di forma e di dimensione simile ad una comune castagna, appiattito cioè nel senso antero-posteriore: l'impianto di esso, esteso per circa cm. 1,5, si trova nella parte alta ed anteriore della metà destra della cavità uterina, un poco al disotto dell'apertura della corrispondente tromba falloppiana.

Il parenchima proprio è di un bianco-grigiastro e di struttura densa e compatta, molto resistente ed elastico; e nella spessezza delle pareti, che nella loro parte mediana raggiungono un diametro di circa cm. 3,5, si distinguono bene i vasi e le cavità delle vene.

Intorno al muso di tinca si trova una zona circolare di mucosa vaginale, larga circa cm. 3, e spessa cm. 2, raggrinzata in senso raggiato.

L'esame istiologico del tumore, inserito sulla parete interna dell'utero, rileva in esso la struttura di un *fibro-adenoma-ialino*, in cui le pareti glandulari si vedevano rivestite di epitelio cilindrico.

Esposta così la storia clinica del grave e complicato caso di prolasso totale dell'utero, che ebbi a curare, e la operazione che mi parve assolutamente indicata, indispensabile ed urgente di mettere in atto, e che fu coronata da felice successo, non mi resta che a fare alcune brevi considerazioni.

Come osserva giustamente il Segond, il prolasso dell'utero riconosce come cause parecchie differenti lesioni, che possono interessare l'apparecchio di sospensione dell'organo, o il suo apparecchio di sostegno, o l'organo stesso. Ognuna di tali lesioni si combatte con speciali operazioni, e se esse sono associate con l'associazione di varii atti operativi.

Sono certamente eccezionali i casi di prolasso complicato da neoplasmi, o da lesioni infiammatorie e suppurative degli annessi; e nel mio caso si verificavano appunto le due condizioni patologiche suddette.

Secondo l'opinione dei ginecologi, che più recentemente si sono occupati di tale questione (Lejars, Quénu, Martin, Richelot, Terrillon, Boeckel, Secheyron, Bouilly, ecc.), l'isterectomia totale è indicata ed è l'operazione preferibile nelle donne prossime alla menopausa, o che abbiano oltrepassata quest'epoca, allorchè la gravidanza non è più possibile, quando si tratti di prolasso completo dell'utero, con insufficienza dei legamenti sospensorii di esso e rilasciamento tale della vagina e del perineo da non potersi restaurare; quando il prolasso è associato ad un neoplasma

del collo o del corpo, ed a lesione degli annessi, e quando vi è assoluta irriducibilità dell'organo.

Nel mio caso trovandosi verificate precisamente queste diverse condizioni anatomo-patologiche, oltre l'età avanzata della paziente, l'isterectomia era un'operazione assolutamente necessaria.

Non potevo quindi pensare a limitarmi ad eseguire l'amputazione sopravaginale del collo uterino (utile solo quando si tratti di allungamento ipertrofico di esso), seguìta da un'operazione che si proponeva lo scopo di restringere la cavità della vagina e di rifare il piano perineale.

E mancando la condizione indispensabile della riducibilità o riponibilità dell'utero prolassato, che io avevo da trattare (sia per l'aumentato volume delle sue pareti e pel tumoretto che conteneva nella sua cavità, sia per la complicanza della salpingo-ovarite-purulenta), non era il caso di ricorrere agli altri espedienti raccomandati nella cura di quest'affezione, come l'elitrorrafia, l'episiorrafia, l'episioperineorrafia, l'anaplastia perineo-vaginale, la colporrafia anteriore e posteriore, l'operazione di Alquiè-Alexander, Adams, l'operazione di L. Le Fort, la vagino-fissazione o ventro-fissazione (isteropessia di Verneuil), ecc.

In quanto alla differente tecnica del manuale operativo dirò che alcuni chirurgi si limitano, dopo l'estirpazione dell'utero, alla occlusione della vagina mercè sutura; altri uniscono la parete posteriore della vagina alla parete posteriore della vescica per impedire la procidenza degl'intestini; altri invece chiudono completamente il peritoneo e la vagina per mezzo di suture, situate piano per piano. E consecutivamente poi si è dovuto ricorrere ad operazioni plastiche, a colporrafia, ecc.

Il Quenu, dopo avere estirpato l'utero, sutura l'uno con l'altro i due peduncoli dei legamenti larghi, formandone come una solida cinghia: poi sutura il peritoneo al margine anteriore di questa cinghia per impedire il prolasso dei visceri addominali, completando l'operazione con la sutura dei lembi della vagina.



Vincenza Molinari — Prolasso totale dell'utero, ecc.

Nel mio caso, poichè vi era una collezione purulenta, consecutiva a pio-salpingo-ovarite nello spazio del Douglas, ad onta del raschiamento della superficie interna e della disinfezione accurata di essa, non credei pru-

dente procedere alla sutura a piani del peritoneo e della vagina per evitare possibili conseguenze disastrose per l'operata, e mi limitai a suturare parzialmente i lembi della vagina per ripristinare il fondo del canale vaginale, lasciando uno spazio per la necessaria fognatura delle parti profonde ed applicando uno zaffo antisettico ed assorbente per tenere a posto la vagina, e ridotti l'urocisti ed il retto, prima prolassati insieme all'utero. Ottenni così una guarigione per seconda intensione, ma perfetta e duratura, senza verun pericolo dell'inferma e con esito felice dell'operazione eseguita.



Molinari — Isteroptosi — Utero ed annessi asportati.

Come ricordo storico noterò che la isterectomia per cagione di prolasso, sembra che fosse stata eseguita la prima volta dal Langenbeck nel 1828, ma il prolasso era complicato da cancro; poi cadde in oblio, e solamente nel 1880 fu rimessa in onore dal Martin nei casi di prolasso semplice, e praticata da Gebhardt, Jürgenshein, Kerer, Kaltenbach, ed in seguito da varii altri chirurgi inglesi, tedeschi, francesi, italiani ed americani, e secondo una recente statistica del Quénu finora si conoscono nella letteratura medica solamente 40 osservazioni di isterectomia eseguita per prolasso totale ed altrimenti incurabile dell'utero.

Dott. **A. Barone** (Napoli):

Caso di distocia per angioma della coscia.

Conclusioni

1. L'angioma cavernoso congenito (incapsulato) del terzo superiore della faccia antero-interna della coscia, da invadere l'inguine e le parti genitali, è un'affezione non ancora osservata. (Veinlecher ha osservati 45 casi di angioma cavernoso, dei quali 5 sulla coscia, ma di piccolo volume, e nessuno congenito, tutti nel primo periodo della infanzia).

2. Il volume dell'angioma cavernoso congenito può superare di molto le dimensioni di un grosso arancio, finora descritto dagli autori, e può arrivare al volume *quasi* di una testa di feto, come nel caso esaminato.

3. Questo tumore cavernoso, localizzato nel terzo superiore della faccia antero-interna della coscia, del volume da me esaminato, debba essere considerato come causa di difficoltà, sebbene rara, del parto naturale per la pelvi.

4. L'esistenza dell'angioma cavernoso nel punto indicato, allorchè è molto voluminoso, e lo stroma del tumore è fortemente sviluppato e compatto come nel caso in esame, è capace di produrre difficoltà al disimpegno spontaneo della pelvi, perchè prestandosi poco ad essere ridotto, impedisce la flessione della coscia sul ventre, e fa sì che il ginocchio può impuntare contro le pareti della pelvi, e per conseguenza il diametro sacrorotuleo o tibiale, essendo superiore ai diametri del bacino, la progressione della regione fetale viene arrestata.

5. La poca riducibilità del tumore cavernoso da me osservato, credo che in parte debba attribuirsi anche alla compressione uniforme esercitata nel tempo della contrazione sul corpo del feto, e per conseguenza anche sui vasi efferenti (le vene specialmente).

6. Le iniezioni parenchimali di percloruro di ferro, pur non negando il pericolo, che, in alcuni casi, hanno determinato, costituiscono un rimedio che bisogna tener presente nella terapia degli angiomi cavernosi, tanto più perchè di facile applicazione.

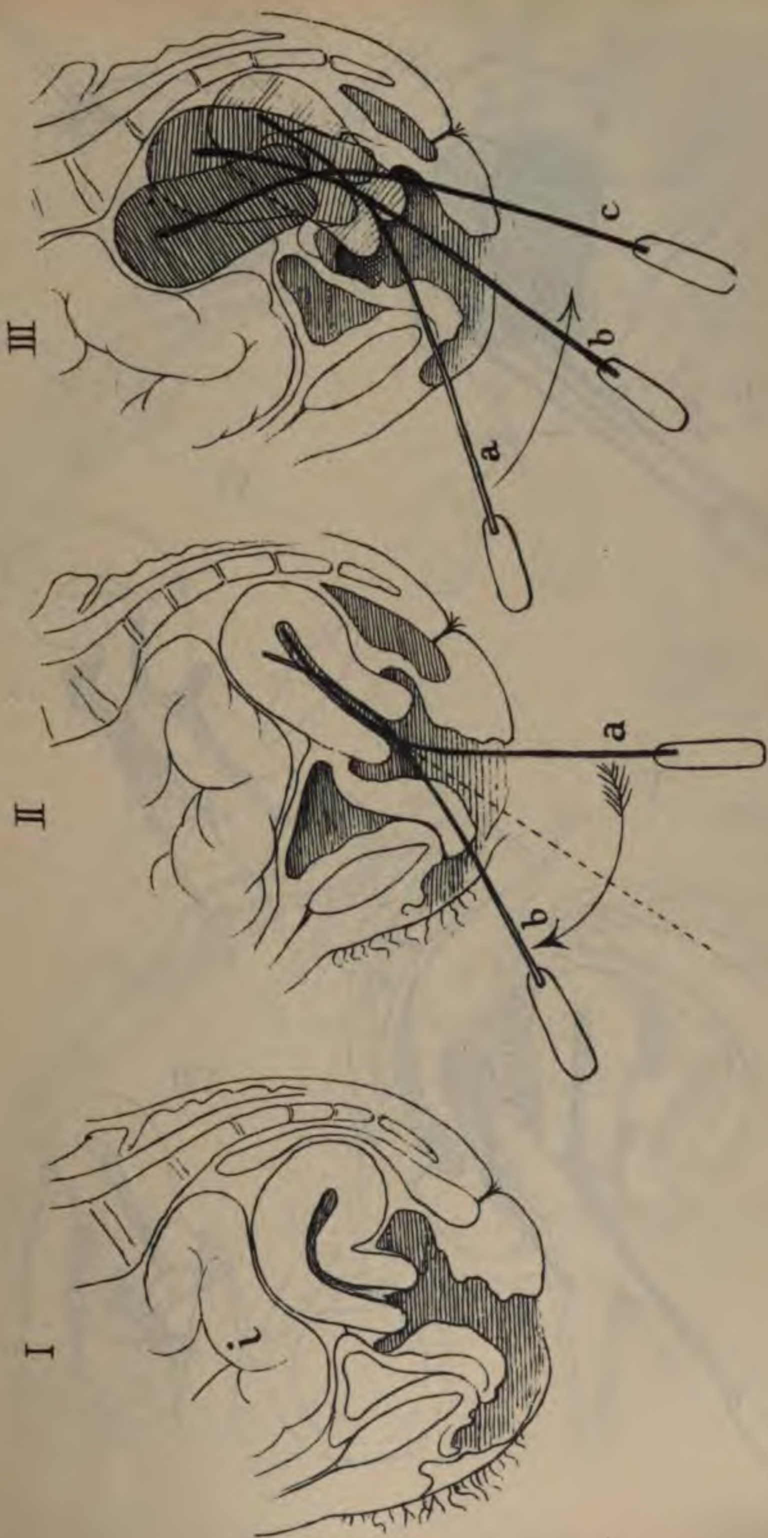
7. Malgrado il parere della maggior parte degli autori sulla quasi costante suppurazione che induce la cura delle iniezioni parenchimali di percloruro di ferro, pur tuttavia io non ho avuto ad osservarla, e credo che serbando in ogni iniezione una rigorosa antisepsi, come fu da me praticato, questo inconveniente possa essere completamente eliminato.

Prof. **O. Rapin** (Lausanne):

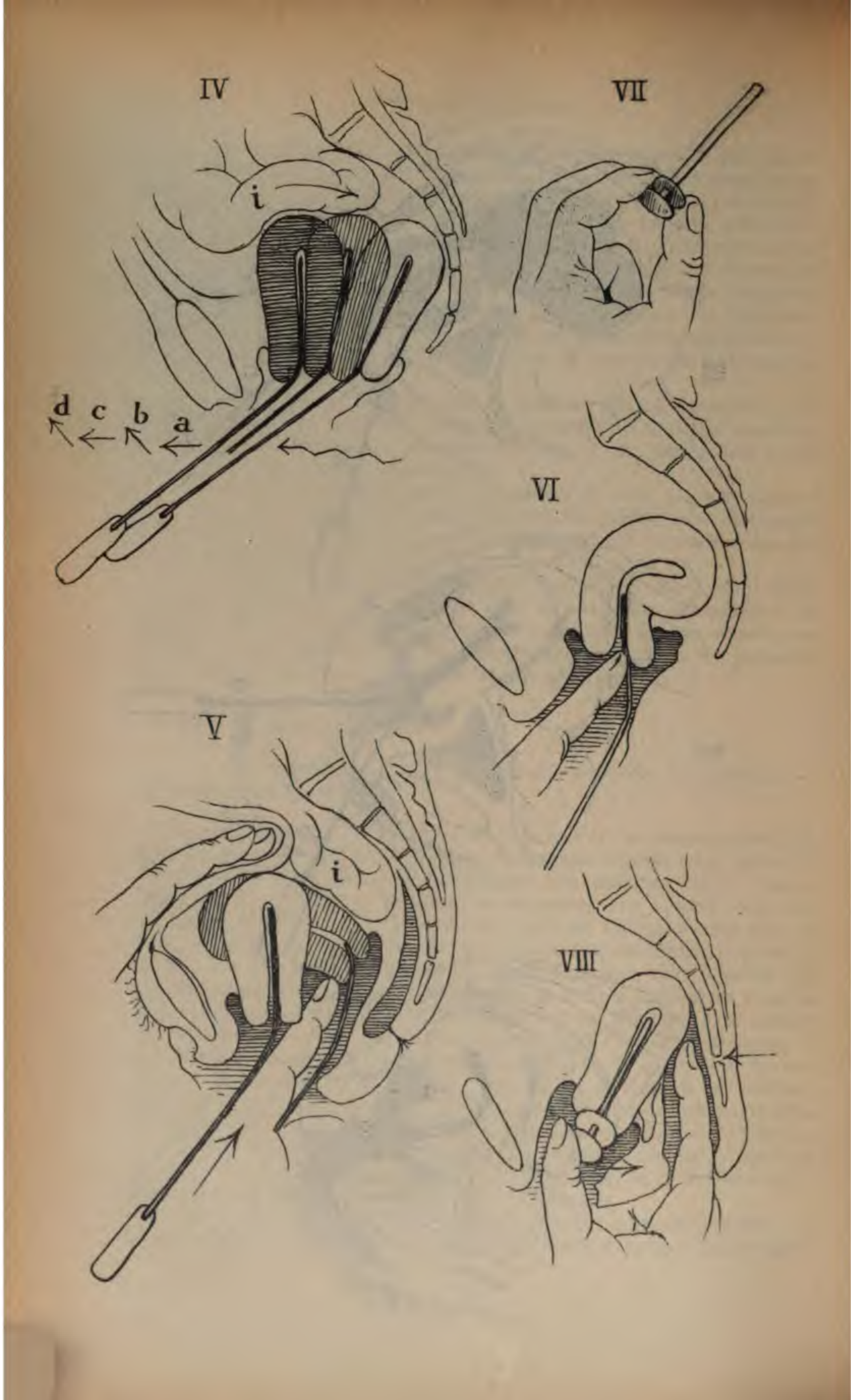
Rétrodéviation utérine — Nouvelle méthode de réduction — Nouveau pessaire combiné.

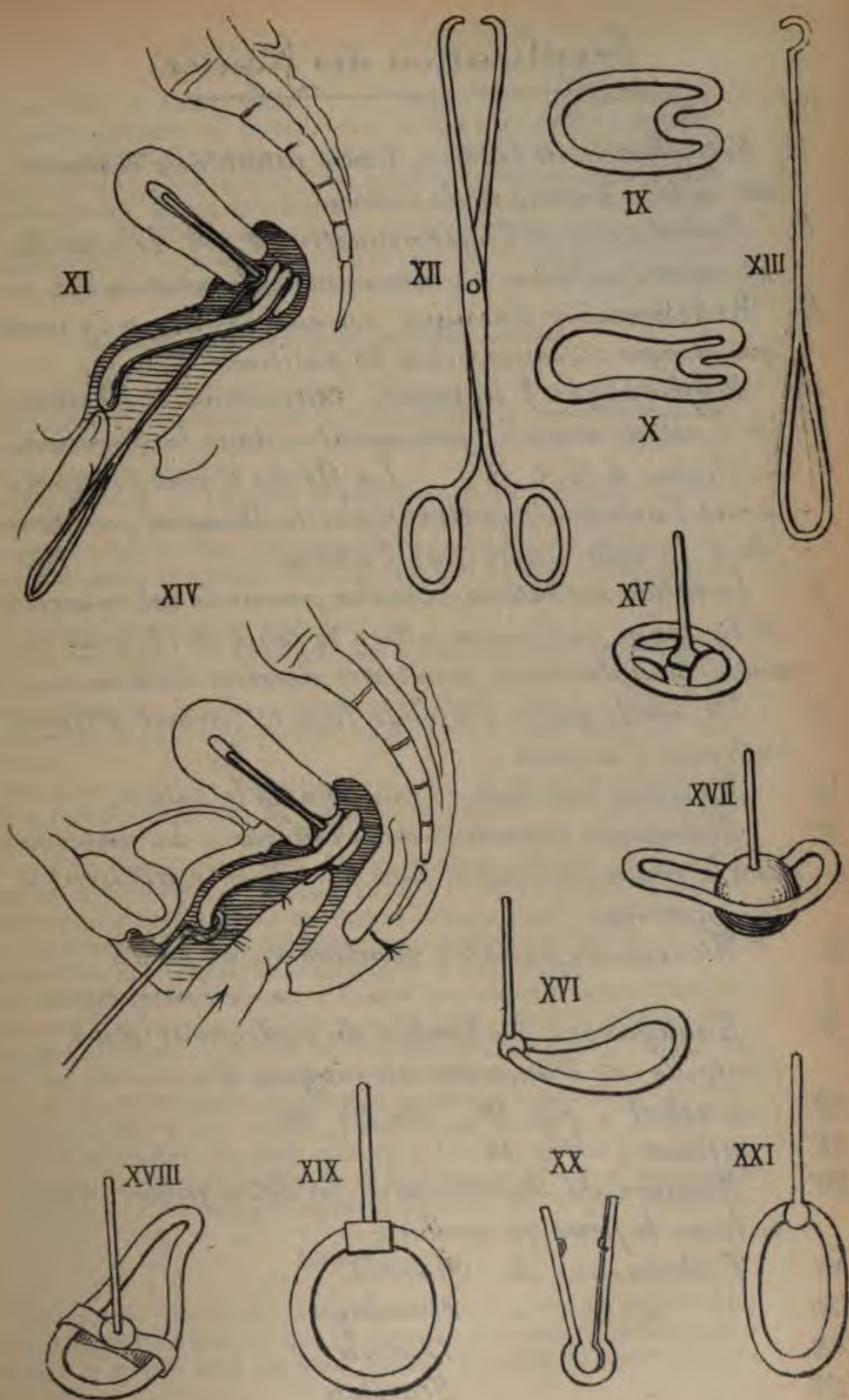
Un des obstacles à la réduction de l'utérus c'est la pression atmosphérique ou plus exactement la pression des organes voisins. Dans ces cas je me sers du procédé classique modifié dans son troisième temps, c'est-à-dire qu'au lieu d'abaisser le manche, nous pressons sur la sonde, d'arrière en avant, et de bas en haut, de façon à agir sur l'utérus comme avec un levier ou un crochet. Nous pressons sur toute la face antérieure de la cavité utérine, non plus avec la pointe de la sonde, mais avec toute la partie qui a pénétré dans l'organe; puis nous élevons et attirons l'utérus en avant et en haut, sans chercher d'abord à le redresser. Nous éloignons ainsi le fond de l'utérus du rectum, nous ouvrons par en haut l'espace de Douglas, et les intestins, poussés par la pression atmosphérique, s'y précipitent, le remplissent, et aident à attirer l'utérus en avant. Au moment où ces intestins pénètrent dans l'espace de Douglas on a la sensation d'une résistance vaincue et l'abaissement du manche de la sonde achève le redressement de l'utérus, sans nécessiter l'emploi de la force et sans produire de douleurs vives. Ceci fait, nous retirons la sonde en poussant du doigt le col en arrière et en attirant le fond en avant à travers les parois abdominales.

Pour maintenir la matrice dans une situation normale j'emploie un pessaire combiné qui doit prendre son point d'appui, d'une part sur le vagin,



I
i
II
a
b
III
a
b
c


IV
VII
i
d
c
b
a
VI
V
i
VIII


IX
X
XI
XII
XIII
XIV
XV
XVI
XVII
XVIII
XIX
XX
XXI
Dr Rapin, del.
Lith. Spengler.

Explication des figures.

Fig.

I. Rétroflexion de l'utérus, i, anse intestinale reposant sur la face antérieure de l'utérus.

II. Introduction de l'hystéromètre en a ; le manche est ramené en b par un mouvement de rotation.

III. Redressement classique par abaissement de la sonde qui occupe successivement les positions a, b, c.

IV. Méthode de l'auteur. Attraction et élévation de l'utérus avec l'hystéromètre dans la direction des flèches a, b, c, d. La flèche i indique comment l'intestin pénètre dans le Douglas pour remplire le vide laissé par l'utérus.

V. La sonde est retirée, l'index pousse le col en arrière et la main extérieure attire le fond de l'utérus en avant. Les intestins i pénètrent derrière l'utérus.

VI. La sonde quitte l'utérus trop tôt avant d'avoir redressé l'organe.

VII. Nouveau redresseur ; manière de le saisir.

VIII. Redresseur introduit dans l'utérus. Le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum redressent la matrice.

IX. Anneau du pessaire combiné vu de face.

X. " " " " " en perspective.

XI. Engagement du bouton du redresseur dans l'entaille de l'anneau au moyen du

XIII. crochet, fig. XIII, ou de la

XII. pince, fig XII

XIV. Manière de désarticuler les deux pièces pour enlever le pessaire combiné.

XV. Redresseur de Martin

XVI. " " Meaday

XVII. " " Thomas

XVIII. " " Studley

XIX. " " Sims

XX. " " Greenhalgh

XXI. " " Ebell.

d'autre part dans la cavité utérine. Il se compose d'une tige de verre, de zinc, de cuivre, d'ébonite ou de celluloïde, de 6 à 8 centimètres de long, de 3 à 5 millimètres d'épaisseur et terminée en bas par un double bouton destiné à se relier avec la deuxième pièce, le pessaire proprement dit. Celui-ci est constitué par un anneau de celluloïde ou d'ébonite ayant la forme générale du pessaire de Hodge; mais présentant, à son extrémité postérieure, une gorge ou entaille formée par une double courbure du pessaire et destinée à recevoir la partie de la tige du redresseur située entre les deux boutons.

Manière de se servir du pessaire combiné.

La possibilité du redressement de l'utérus doit avoir été constatée préalablement par la méthode que je viens de décrire. Les mesures antiseptiques concernant la malade, les instruments et les mains de l'opérateur ne doivent pas être négligées.

Premier temps. — On saisit le redresseur et on l'introduit dans le canal cervical en le poussant jusqu'à ce que l'orifice externe vienne en contact avec le bouton. On peut faciliter cette manœuvre en se servant d'une valve pour déprimer le périnée, d'un tire-balle ou d'un crochet pour abaisser l'utérus et attirer le col vers la vulve, et, enfin, d'une pince spéciale ou d'une pince à polype, pour tenir le redresseur.

Deuxième temps. — Pour redresser l'utérus il suffit de pousser le double bouton en arrière et d'attirer le fond de la matrice en avant. Cette manœuvre peut être facilitée en introduisant l'index dans le rectum, pour refouler le fond de l'utérus en haut, et, aussi, le pouce dans le vagin pour agir sur la tige.

Troisième temps. — Introduire le pessaire de la façon ordinaire en dirigeant l'entaille en arrière du côté du double bouton du redresseur que l'on cherche à faire pénétrer dans l'entaille. Cette manœuvre peut être exécutée avec les doigts seuls; mais elle est beaucoup facilitée par l'emploi du crochet ou de la pince avec lesquels on saisit la tige au-dessous du museau de tanche pour attirer le bouton en avant et l'engager dans l'encoche du pessaire. L'instrument est alors solidement fixé; il permet à l'utérus une certaine mobilité, mais l'empêche totalement de se renverser en arrière.

C'est une erreur de donner à la tige une courbure comme l'indique Pozzi; car si l'on place la concavité en avant, pour imiter la situation physiologique de l'utérus, au bout de peu de jours, de peu d'heures, la tige aura tourné sur elle-même et la concavité sera dirigée en arrière.

Pour enlever l'appareil, il suffit de pousser le bouton de la tige avec le bout du doigt ou avec l'ongle, pendant qu'on maintient le pessaire en avant avec le crochet. On peut aussi faire l'inverse, c'est-à-dire tenir le pessaire avec le doigt et pousser la tige en arrière au moyen du crochet.

Une fois les deux pièces de l'appareil disjointes, on les enlève facilement.

Indications.

L'emploi du pessaire combiné est indiqué: 1. Dans les cas de rétroflexion et de rétroversion, lorsque les pessaires ordinaires ne suffisent pas à maintenir la matrice dans une bonne position; lorsqu'on ne peut recourir à

une opération pour une raison quelconque; lorsque le traitement opératoire n'a pas donné un succès complet.

2. Il est encore indiqué comme auxiliaire du massage pour maintenir l'utérus en place entre deux séances de massage; comme auxiliaire dans les opérations d'Alexander, de Willy, de Kelly, de Poln, afin d'empêcher l'utérus de tirailler sur les ligaments ronds pendant la cicatrisation. Il peut être utile dans un but analogue après l'hystéropexie abdominale.

3. Il rend de bons services comme traitement de la sténose de l'utérus, de l'antéflexion, de la dysménorrhée mécanique, de la stérilité.

Il est contre-indiqué dans les déviations accompagnant des inflammations aiguës de l'utérus ou des annexes, des tumeurs, des adhérences étendues. Lorsque les adhérences sont peu considérables et extensibles, il peut être utile comme adjuvant du massage.

Le pessaire combiné ne doit pas être porté indéfiniment; il doit avoir une action curative en détruisant le mauvais pli contracté par l'utérus. Il sera remplacé plus tard par un autre pessaire, ou, si celui-ci est insuffisant, on aura recours à une intervention opératoire. Il est préférable d'enlever le pessaire combiné pendant la période menstruelle; cependant, on peut, dans certains cas, le laisser en place pendant plusieurs mois, sans inconvénients majeurs.

Sa présence augmente un peu l'écoulement sanguin et, entre les règles, la sécrétion utérine est augmentée.

Les personnes qui portent un pessaire combiné doivent faire des injections journalières, astringentes ou légèrement désinfectantes.

Prof. **T. Norièga** et prof. **M. Gutierrez** (Mexico):

Observations critiques sur les procédés employés pour combattre la procidence du cordon ombilical; conduite suivie, dans ce cas, par les médecins mexicains.

Conclusions

1. L'usage des mots procidence, présentation, chute et prolapsus du cordon n'est pas indifférent: par les deux premiers, on doit entendre que le cordon ombilical accompagne ou précède la présentation, la poche des eaux étant complète, et par les derniers, le même phénomène après l'écoulement des eaux de l'amnios.

2. La position donnée à la femme comme moyen de corriger l'accident, est seulement un adjuvant quand il s'agit du décubitus latéral; une gêne, s'il s'agit de la position allemande, qui peut, en outre, déterminer l'expulsion de tout le liquide amniotique dans le cas de prolapsus.

3. La réduction du cordon avec la main seule ou armée d'instruments, est une manœuvre inutile, périlleuse, inefficace; appliquée au prolapsus, elle produit l'expulsion des eaux.

4. La procidence étant diagnostiquée, soit à la fin de la grossesse, soit au moment du travail, si une prudente expectation n'en amène pas la correction, on doit procéder à la version par manœuvres externes.

5. Si cette opération ne doit ou ne peut pas être pratiquée, on placera la femme dans le décubitus latéral, du côté opposé à celui qu'occupe le cordon; on lui défendra tout effort dans le but de conserver l'intégrité des membranes, jusqu'à ce qu'on puisse procéder d'autre manière.

6. Si le cordon quitte sa place après la rupture de la poche des eaux, et lorsque la dilatation du col est insuffisante, on doit essayer la version par manœuvres externes ou celle de MM. Braxton, Hicks et Holl; par manœuvres mixtes, après avoir chloroformé la malade et élevé le bassin pour éviter la sortie du liquide amniotique.

7. Si ce moyen n'est pas réalisable, on élèvera et on soutiendra le cordon, au moyen d'une sonde jusqu'à ce que l'orifice du col présente une ouverture suffisante.

8. Cette dernière condition étant remplie, si la contraction funiculaire a cessé, on abandonnera l'accouchement aux efforts de la nature; dans le cas contraire, on procédera à l'opération indiquée pour obtenir l'évacuation rapide de la matrice.

Doct. **Stapfer** (Paris):

La kinèsithérapie gynécologique.

Résumé. — J'ai donné le nom de kinèsithérapie gynécologique à la méthode de Brandt pour faire bien comprendre que cette méthode, vulgarisée à tort sous le nom de massage, se compose de deux parties également importantes: le massage et la gymnastique. Je ne parle ici que de cette dernière, dont la valeur est pour moi indiscutable. Ce sont les faits qui m'ont convaincu, car avant de l'avoir pratiquée, j'étais aussi sceptique à son égard que le sont ceux qui ne la connaissent pas.

La gymnastique de Brandt n'a rien de commun avec les exercices d'adresse ou de force. De plus, elle n'a pas pour but principal les effets toniques généraux; elle a pour but de congestionner, ou de décongestionner à volonté les organes pelviens, et elle l'atteint.

Depuis que le traitement de Brandt a été institué à Paris, à la clinique Baudelocque, sous les auspices de M. le professeur Pinard, la puissance antihémorragique de la gymnastique ne fait de doute pour aucun de ceux qui ont observé et suivi les femmes en traitement.

Tout exercice gymnastique de Brandt se compose d'une attitude et d'un mouvement, lequel est tantôt passif, tantôt actif, dans l'une et l'autre catégorie, congestionnante ou dérivative. Donc passivité et activité n'appartiennent pas plus spécialement à l'une ou l'autre catégorie. Les attitudes et les mouvements seuls varient. Pour l'attitude, dans la catégorie dérivative, on met dans le relâchement la paroi abdominale. Au contraire, dans la catégorie congestionnante on recherche la tension de cette paroi. Par conséquent, dans la catégorie congestionnante on met le plus d'écart possible entre l'appendice xyphoïde et la symphyse pubienne, et dans la catégorie dérivative on favorise le rapprochement de la symphyse et de l'extrémité sternale. Pour les mouvements, dans la catégorie dérivative, on fait agir les muscles dorsaux, les muscles postérieurs des cuisses, les abducteurs fémoraux. Dans la catégorie congestionnante, ou plutôt dans le mouvement

le plus congestionnant de cette catégorie, l'exercice a pour effet de porter à son maximum la tension de la paroi abdominale.

La physiologie de cette gymnastique est encore à faire, et paraît extrêmement compliquée, si même elle est actuellement faisable. Quoiqu'il en soit, c'est le résultat clinique qui importe avant tout, et je crois avoir acquis assez d'expérience de ces mouvements pour affirmer maintenant l'excellence des résultats.

L'étude de la gymnastique exige de l'application, et son exécution un grand soin, une constante attention de la part de l'opérateur et de la part de la malade. Elle est à la portée de tous les médecins qui veulent prendre la peine de l'apprendre, tandis que le massage, cette seconde partie du traitement de M. Brandt, ne l'est pas. Pour être très bien conduit et donner les meilleurs résultats, il exige non seulement une longue pratique, mais des aptitudes spéciales. La gymnastique peut à elle seule rendre de grands services.

Prof. **Jentzer** (Genève):

La méthode de Thure-Brandt.

Conclusions

1. Le massage pendant les règles doit être appliqué avec douceur, sous forme d'effleurage, et la durée de la séance sera moins longue.

2. Dans ces conditions il agira sur les vaso-constricteurs et empêchera les stases.

3. Il faut à ce moment toujours faire des mouvements de gymnastique décongestionnants et d'une durée également très courte.

4. Le massage pendant les règles a très souvent un effet analgésique.

5. Le massage pendant les règles, fait dans les conditions ci-dessus, ne détermine jamais d'inflammation.

6. Si l'on cesse le massage pendant les règles, on augmente la durée du traitement.

7. Les métrorragies sont combattues généralement victorieusement.

8. Les exsudats pelviens se résorbent plus rapidement.

9. Les adhérences sont réduites plus vite et avec moins de difficulté.

10. Les malpositions utérines (rétroflexions), qui avaient déjà bénéficié du traitement avant les règles, offrent de nouvelles difficultés de réduction si l'on a interrompu le traitement.

11. Nous engageons nos confrères à user de leur influence pour faire introduire ce nouveau moyen thérapeutique dans l'enseignement universitaire.

Dr. **W. I. Sinclair** (Manchester):

Ventrofixation of the uterus.

The operation of ventrofixation has been resorted to by gynæcological surgeons chiefly to relieve the almost intolerable troubles produced by complicated retroflexion, when pessaries cannot be borne or make matters worse

by pressure, and when the various methods of manipulation after depletion have entirely failed to palliate, much less to cure.

The class of cases to which I refer is just that which Alexander's operation of shortening the round ligaments is not suited to relieve. With regard to Schultze's process, no doubt it has a limited sphere of usefulness, but where the adhesions are considerable it is, in my opinion, an unreliable proceeding, and fraught with considerable danger. It was first tried, without effect, in several of the cases in which ventrofixation was afterwards resorted to.

I have learned from correspondence and otherwise that a considerable number of English gynæcologists have performed the operation, but up to the present time, if any other papers have been published, they have escaped my attention.

In only one case, out of the twelve to which I am about to refer, have I had occasion to remove the appendages of one side. Every other case has been purely « hysterorraphy, » and, in two of the cases, pregnancy has since occurred without producing any untoward effects.

Technique. — In a considerable number of the cases reported in the medical journals, reference is made to giving way of the adhesions in course of time, and the return of the uterus to the malposition. These failures appear to have resulted from the employment of too few sutures to keep up a permanent strong connection between the uterus and the abdominal parietes. I have from the first, employed a considerable number of sutures, and in no case, to my knowledge, have the adhesions given way. The method which I have employed in operating is something like the following: The abdominal incision is made the same as for oöphorectomy. If the incision be too short there will be difficulties in dealing with the sponges which are introduced and ultimately removing them, as the fundus of the uterus fills a considerable part of the wound. After the incision is completed, the fingers of the left hand are inserted and the fundus uteri sought for. Adhesions are then broken down by whatever manœuvres may be necessary, and the tubes and the ovaries are brought up and inspected if there is any doubt about their condition. If they seem normal to the touch they are not interfered with. It is a valuable assistance in the operation to seize the fundus uteri exactly in the middle line by a suitable small volsella, which can be held by an assistant, and the uterus can thus be drawn by him in the direction which is most favourable to the completion of any necessary manœuvre. This is, I consider, a most effective and, in other respects, less objectionable proceeding than the use of a lever inside the uterine canal, such as the method of Laroyenne requires. The vesico-uterine fold is first obliterated by two rows of catgut sutures passed through the parietal peritoneum and the peritoneum of the uterus near the origin of the broad ligament. Only the finest and shallowest layer of the peritoneum is included in each suture, the object being to close the fold, not to produce considerable adhesions. This is the most difficult proceeding in the operation. Higher up, nearer to the origin of the round ligament, silkworm gut is passed through the parietal peritoneum, which is first separated for three-quarters of an inch or so from its underlying tissues. The needle is then made to pass through a portion of uterine tissue, and is returned through the parietal peritoneum in the same fashion as it entered. The uterus and

parietal peritoneum are thus tied together, and the knot of the silkworm gut is extraperitoneal. These sutures do not interfere with the occlusion of the external wound by the introduction of silk sutures through the abdominal parietes and the peritoneum, as in the ordinary completion of abdominal section. The final uterine sutures are all fine silk. These are passed through the whole abdominal parietes, and include a sufficient portion of uterine tissue in the front of the uterus, not the fundus. I have usually employed two of these silk sutures, occasionally substituting silver wire. They are so marked externally as to be recognised when the wound is dressed, and they are removed on the third day, before suppuration can take place; the rest of the parietal sutures are now introduced, and the operation is complete. An important point in the operation is the introduction of sponges behind the uterus, immediately on its being drawn forward by the volsella; these clear the field of operation and prevent manipulations of the intestines, or any interference with them. The bowels should not be seen during the whole of the operation until the operator is about to close the final sutures and removes the sponges with that object. Then some slight exposure may be unavoidable. In a few cases I have thought it advisable to leave in a glass drainage tube, planted well down in the usual way at the bottom of Douglas's space. The tube has been used only when it was necessary to tear down considerable adhesions which might be expected to bleed. When the hæmorrhage has been considerable, the blood has been withdrawn by means of a large glass syringe fitted with a piece of india-rubber tubing, and, occasionally, the bottom of the pelvis has been gently washed out, by the same means, with warm normal saline solution. The glass tube has never been retained so long as to lead to the formation of a sinus, and it has never, as in some of Klotz's cases, been employed with the object of supporting the uterus. The external dressing, when no tube is used, consists of lint soaked in carbolic acid and glycerine. This is covered with gutta-percha tissue, and, occasionally, above the tissue is placed a soft flat sponge. The dressings are then kept in position by strapping. The sponge keeps up a gentle elastic pressure, and it is not too thick to interfere with the advantages obtained by the use of the ice-bag when reaction appears too strong. As it is essential to keep the patient lying on her back at first, I have invariably introduced a glycerine-pad pessary of the Hodge shape, to support the uterus until the adhesions might be assumed to be firm and permanent.

Conclusions

1. The various published series of cases show that the element of danger is almost *une quantité négligeable*. The present writer's series support this opinion.

2. The operation, efficiently performed, is a permanent cure of the troubles arising from chronic retroflexion of the uterus, complicated with adhesions or inflammatory affections of the tubes and ovaries.

3. When pregnancy occurs after the operation no distress is experienced by the patient, and no unusual phenomena are observable during the pregnancy, parturition, or the puerperal state.

4. Contrary to what might be expected, bladder troubles are quite the exception after the operation, and these discomforts are almost certainly avoidable by care in operating.

5. In a certain proportion of the cases, ventral hernia occurs at the site of the cicatrix. How this is to be prevented is one of the problems of the future.

6. After making full allowance for the element of risk and the incidental drawbacks, the operation of ventrofixation is not only justifiable, but is indicated in a certain limited class of cases of retroflexion of the uterus with complications.

Dott. **G. Rodi** (Parma):

Infarti bianchi della placenta e loro probabile relazione colle malattie renali della madre.

Il mio studio si fonda sopra l'esame accurato di 59 donne gestanti state accolte nell'Istituto ostetrico di Parma (professor Calderini) dal primo gennaio al quattro giugno 1893, e sull'esame di 60 placente (un parto fu gemello). Trovai l'infarto bianco molto più frequente di quanto indicano Hansen, Kunster, Anard, Roncaglia e Cioja. Trovai ancor io che i feti nascono poco sviluppati, ma riguardo alla morte del feto (cinque casi) non si esclude che possano avervi influito altre cause, oltre alla malattia della placenta; tuttavia si deve tener conto del fatto sotto l'aspetto medico-legale della determinazione della età del feto dallo sviluppo. Per riscontro ai fatti patologici mi sono servito di belle preparazioni fatte sopra un utero gravido di quattro mesi appartenente a donna morta incinta, utero stato iniettato col bleu di Prussia dal professor Negrini della Scuola veterinaria. I fatti patologici più salienti negli infarti bianchi sono: la sclerosi vasale, la necrosi dei villi, la deposizione di fibrina senza fenomeni infiammatorii; il primo processo ha per conseguenza il secondo, e il secondo produce il terzo; il quale processo è analogo a quello del trombo; in questo mi accosto all'Ackerman e al Cioja; mi scosto dal Virchow, dal Klebs e dal Fabbri. Ritengo non dubbia la relazione fra gli infarti e le malattie renali, e i casi da me osservati mi fanno ammettere anche una relazione colla malaria e colla osteomalacia, in quella per la nefrite ordinariamente cronica che ne consegue, in questa per l'azione dell'acido lattico sui villi e per la peptonuria che si osserva negli osteomalacici. Trovai pure una relazione colla tubercolari spiegabile per diminuita energia cardiaca e per i virus prodotti dai bacilli tubercolosi capaci di dare nefriti.

I vizii cardiaci e l'enfisema agirebbero pure per disturbo di circolo in regioni remote.

Conclusioni

1. Esiste rapporto fra malattie renali e infarti bianchi placentari.
2. Vi sono infarti non legati a malattie renali.
3. Raramente la nefrite esiste senza che vi siano pure infarti.
4. Esistono infarti pure in malattie recanti disturbi nutritivi generali e consecutive metrorragie, tubercolosi, osteomalacia, malaria.

5. L'emorragia può prender parte alla formazione dell'infarto in modo secondario per compressioni sui vasi, anemia, necrosi da coagulazione.

6. L'endometrite antecedente o durante la gravidanza ha pure azione nel produrre gl'infarti bianchi placentari.

Prof. **E. Truzzi** (Novara):

Una proposta nella terapia chirurgica del prolasso vaginale.

Nei casi di prolasso per deficienza dell'apparato di sostegno, l'A. consiglia, nell'esecuzione della colporafia anteriore e soprattutto della colpoperineorafia, il trapiantamento di osso decalcificato fra le superfici cruentate, avanti che queste sieno affrontate mediante sutura.

Una tale pratica, mentre non arreca alcun disturbo al coalito per prima, nè all'ulteriore funzione del canale vaginale, può rendere minore il pericolo delle recidive, in quanto è intesa a provocare la formazione di uno stipato tessuto fibroso, ad afforzare quindi lo zoccolo cicatriziale e sostituire l'opera di sostegno delle *columnae rugarum*, se queste nel processo operatorio vennero demolite.

Ad evitare l'incomodo di dover ripetere di sovente la preparazione dell'osso decalcificato, l'A. è solito conservarne molti pezzi nell'olio essenz. di ginepro, analogamente a quanto si pratica per la conservazione del catgut.

Quarta Seduta.

3 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. Leopold (Dresda).

Dott. **A. Regnoli** (Roma):

Colpo-perineo-plastica.

Il Simon si può dire il primo che abbia istituito un piano operatorio per la colpo-perineorafia con larga cruentazione del perineo e della parete posteriore della vagina a forma di trapezio.

Dopo il Simon i processi si sono moltiplicati, e sopra tutti riuscirono di una pratica utilità quelli di Hegar, Hofmeier, A. Martin, L. Tait.

Hegar, quasi a modificare l'operazione di Simon, dà al ravvivamento una forma triangolare comprendente la parete posteriore della vagina e il perineo più o meno disfatto; ed Hofmeier considerando che il ravvivamento triangolare di Hegar può talvolta provocare una tensione troppo forte dei bordi della ferita, specie se il prolasso è voluminoso, preferisce tracciare le incisioni vaginali più in dentro, le quali, a livello del perineo, si possono allargare a volontà senza che avvenga la tensione troppo forte dei bordi della ferita al momento della sutura.

Martin, partendo dall'idea di rispettare il rafe mediano della parete posteriore della vagina, fa da ciascun lato della colonna vaginale posteriore, lasciata intatta, un ravvivamento triangolare più o meno esteso, secondo il caso: ma il suo processo operatorio, che si compone di due atti distinti: elitrorafia doppia (bilaterale) e perineorafia, sempre per ravvivamento dei tessuti della regione, non è troppo generalizzato.

L'intervento di L. Tait, il quale si basa sopra una particolarità singolare in seguito alle rotture perineali, che la cicatrizzazione, cioè, si fa nella direzione contraria a quella della lesione, è l'opposto (come esso stesso si esprime) di tutte le altre operazioni che si eseguiscono per ravvivamento. L. Tait per aumentare l'altezza del perineo fa una incisione a ferro di cavallo al perineo stesso, in modo che le estremità si estendano in avanti quanto l'operatore crede necessario: e l'incisione deve esser fatta profondamente nei tessuti, affinchè quando i lembi sono allontanati, l'anteriore in alto, il posteriore in basso, ne risulti da ciascun lembo una figura che ha la forma di un V. Le due superficie incise, che hanno preso forma di V, poste a contatto per mezzo di suture, dànno per risultato una superficie piana antero-posteriore con una linea mediana retta di sutura. Il perineo così ha acquistato valida estensione, ed il sostegno è divenuto forte.

Nei casi di rotture complete L. Tait modifica la tecnica operatoria e dà alle incisioni una speciale figura simile ad H, la cui asta mediana corrisponde alla linea di incisione sul perineo, e le due aste superiori, alle incisioni laterali della parte bassa della vulva, e le inferiori a quelle più corte nella parte bassa del perineo. Sollevati i lembi, il superiore verso la vulva, e l'inferiore verso l'ano, fa la sutura dall'alto in basso, riunendo i margini laterali della figura che ne risulta.

L'operazione di L. Tait è certo la migliore che ora si conosca, perchè con essa non v'è distruzione di tessuto, aumentando l'altezza del sostegno perineale senza diminuirne la consistenza.

A chi ha praticato molte volte tale operazione, e specialmente ha tenuto dietro ai risultati immediati e tardivi di essa, non può essere sfuggito che, sia col primo metodo a ferro di cavallo, sia col secondo ad H, talvolta non si ottiene la formazione esatta e regolare della commessura posteriore, in questo senso, cioè, che in corrispondenza della commessura neoformata rimane una porzione di tessuto esuberante e sporgente che col tempo si rilascia. Nei casi poi in cui v'è anche abbassamento della parete posteriore della vagina tale sporgenza si accentua: ciò che certamente può essere di noia.

La modificazione che pensai di portare è precisamente per tali casi, specie i gravi, in cui al prolasso, anche accentuato, della parete posteriore della vagina, si aggiunga distruzione del perineo.

Ricordando il processo di Hegar per la colpo-perineorafia, processo sopra menzionato per cruentazione a forma triangolare con apice in alto verso il cul di sacco vaginale posteriore e base sul perineo disfatto, e considerando come in un perineo disfatto nulla debba asportarsi mai, sebbene molto possa asportarsi per cruentazione nel prolasso vaginale, immaginai potere associare la operazione di Hegar con quella di L. Tait, ottenendo così il doppio scopo di ridurre la parete posteriore della vagina prolassata, di darle un valido appoggio con la simultanea restaurazione del perineo, ed

ovviare in pari tempo alla formazione di quella porzione di tessuto esuberante e sporgente nella nuova commessura posteriore riformata.

L'operazione, s'intende, necessita di una nettezza asettica scrupolosa, ecc.:

1. Dopo avere introdotto l'indice della mano sinistra nel retto, e valutato lo spessore del residuo perineale e della parte inferiore del setto retto-vaginale, con l'aiuto del pollice che si fa scorrere sul perineo lacerato e sulla parete posteriore della vagina, conficco nel punto di mezzo del perineo un bisturì retto alla profondità di circa un centimetro e mezzo, cautamente, per non ferire il retto: e proseguendo l'incisione a destra ed a sinistra in alto ai lati della vulva, fin quasi a livello della radice delle piccole labbra, completo con la profondità iniziale la forma a ferro di cavallo di L. Tait. Ritraggo dal retto il dito, che disinfetto immediatamente, e zaffo con garza iodoformica, dopo lavata con sublimato, l'apertura ottenuta dalla incisione e dalla elasticità dei tessuti che ne allontana i labbri (fig. 1).



Fig. 1.

2. Divaricate le pareti laterali e superiore della vagina, stiro in alto il collo dell'utero, per potere afferrare il tessuto mucoso della parete posteriore della vagina, con pinsa uncinata, al disotto del punto d'inserzione del collo uterino. Applico in basso sul margine superiore della figura a ferro di cavallo, equidistanti dagli apici della figura, nei punti α-α, due pinse uncinate per mantenere la trazione da ciascun lato in basso ed in fuori, e delimito così il campo operatorio nella parete posteriore della vagina prolassata, il quale ha forma triangolare con l'apice in alto, ove è la pinsa prossima al collo e sulla linea mediana, la base sul margine anteriore della incisione a ferro di cavallo tra i punti α-α. Tale base non è rettilinea, ma corrisponde alla curva della incisione a ferro di cavallo. Le linee laterali decorrono a riunire i tre punti indicati nelle parti laterali della parete posteriore della vagina.

La larghezza minore o maggiore della base della figura triangolare è data dall'operatore a seconda del grado del prolasso.

Delimitati col bisturì i lati a quella profondità necessaria per l'esatta cruentazione di tutto il territorio della forma a triangolo, asporto la mucosa con il tessuto sottomucoso fino alla base descritta del triangolo, raggiungendo così il lume della figura già incisa a ferro di cavallo.

In tale guisa il processo di Hegar per cruentazione viene arrestato al margine della incisione di L. Tait, comprendendo, di questa, solo la parte centrale (fig. 2, linea continua).

3. Tolto il zaffo nell'apertura ottenuta col taglio di L. Tait, e disinfettato tutto il campo operatorio, passo immediatamente un laccio di sutura tra i punti α-α, i quali riuniti (con l'avvertenza di non lasciare introflettere la più piccola porzione di mucosa) debbono costituire la nuova commessura posteriore nel punto α' (fig. 2, linea punteggiata).

Fissato così questo punto mediano, che costituisce la nuova commessura posteriore, passo punti staccati a riunire i margini della superficie cruentata nella parete posteriore della vagina, e quindi passo alla sutura del perineo secondo il metodo di Lawson Tait (fig. 3, linea di sutura in proiezione).

Tale modificazione potei eseguire in parecchi casi della Clinica nel decorso anno e nel presente con autorizzazione del professor Pasquali a cui rendo grazie per la usata cortesia.

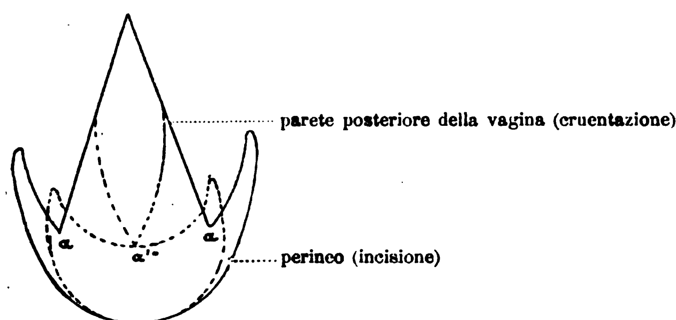


Fig. 2.

In tutti questi casi ed in altri dell'esercizio privato, il risultato fu sempre buono, avendo così restaurato perinei disfatti con prolassi accentuati della parete vaginale posteriore, con vantaggio reale, sotto ogni rapporto, della operata.

Tale modificazione fu anche usata in casi di prolasso dell'utero con concomitante cistocele, rettocele, perineo disfatto, in cui dovetti praticare,

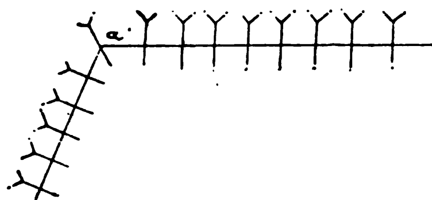


Fig. 3.

in una seduta, l'amputazione del collo uterino, la colporafia anteriore, la colpo-perineo-plastica, e sempre con risultato felice, casi che recentemente operai nella clinica.

Prof. C. Jacobs (Bruxelles):

Résultats éloignés de la castration totale par le vagin dans les affections annexielles comparés aux résultats éloignés de l'ovaro-salpingectomie bilatérale abdominale.

Au Congrès de Bruxelles, en 1892, les partisans de la castration totale par le vagin, dans les altérations annexielles, n'avaient pu opposer aux arguments très sérieux mis en avant par les partisans de la voie abdominale, que des résultats trop récents et encore trop peu nombreux pour les combattre victorieusement.

Depuis cette époque la question a fait du chemin. Je n'en citerai pour preuve que les opérateurs de tous pays qui se sont ralliés à l'opération de Péan.

Si, aujourd'hui, je viens à nouveau soulever la question, c'est que je tiens à vous exposer les résultats éloignés des interventions que j'ai été amené à pratiquer par l'une et l'autre voie.

Je sais la valeur relative que nous pouvons attribuer aux statistiques, et cependant, sur quoi pouvons-nous baser nos convictions chirurgicales, nos espérances thérapeutiques, si ce n'est sur nos résultats consciencieusement observés immédiatement après l'opération et deux, trois, quatre ans.... plus tard?

Si donc je viens argumenter en me basant sur une statistique, je tiens à affirmer toute ma sincérité et toute absence de parti pris.

A la date du premier mars 1894, j'avais opéré 184 cas d'annexites bilatérales purulentes ou chroniques, avec ou sans complications voisines, par la castration totale par le vagin.

Ces opérations ont été suivies de 179 guérisons opératoires, cinq décès, ce qui porte la mortalité à 2.7 pour cent.

Le danger opératoire, cet argument si important, peut donc être écarté, car s'il existe, du moins n'est-il pas plus à craindre dans l'opération vaginale que dans l'intervention abdominale.

Si nous consultons les opérations abdominales publiées par messieurs Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Crobach, Zweifel, Martin, Jacobs, Duboiset, Gallet, Lawson Tait, nous arrivons à un total de 1540 opérations, donnant 5.7 pour cent de mortalité.

Les interventions vaginales publiées par messieurs Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs donnent 4.49 pour cent de mortalité sur 690 cas.

N'oublions d'ailleurs pas que les indications de ces interventions diffèrent ou tout au moins différaient: au début nous réservions la voie vaginale aux cas difficiles, aux cas impraticables par l'abdomen, à ces malheureuses chez lesquelles on se bornait à une cœliotomie exploratrice. Les succès inespérés obtenus dans ces cas, les résultats constants observés dans des cas moins graves nous ont donné cette conviction, que là où se trouvent réunis les indications indiscutables qui amènent le chirurgien à pratiquer l'ovaro-salpingectomie bilatérale, là nous avons tout avantage à pratiquer la castration utérine et l'ablation annexielle.

Les 184 cas d'annexites bilatérales se subdivisent:

113 cas d'annexites bilatérales purulentes, enkystées avec abcès ovariens, poches purulentes péri-ovariques et salpingiennes, abcès du paramétrium, affections utérines chroniques, etc.

J'obtiens 111 guérisons opératoires, deux décès dus à des complications cardiaques.

J'ai perforé deux fois la vessie, une fois l'intestin. La suture immédiate a été suivie de guérison. J'ai pu suivre 98 malades pendant une période allant jusqu'à quatre ans après l'opération. Cinq à six d'entr'elles se plaignent d'adhérences vésicales douloureuses; une malade est morte de démence, huit mois après l'opération; une malade reste atteinte d'une fistule intestino-vaginale incurable. Deux malades ont des douleurs pelviennes intermittentes, mais très intenses.

J'ai pu constater et faire contrôler 88 guérisons maintenues définitives sans plaintes et sans complications.

Je noterai cependant, mais le fait est commun également aux ablations annexielles pratiquées par l'abdomen, que les malades se plaignent pendant assez longtemps de transpirations abondantes, de bouffées de chaleur, qui cèdent assez facilement à l'hydrothérapie.

43 cas d'affections annexielles chroniques bilatérales, douloureuses, avec affections utérines chroniques, ayant amené l'impotence et ayant résisté à tous les traitements.

Un décès opératoire dû à une complication rénale.

35 malades suivies tardivement 35 guérisons absolues sans complications pelviennes. Quelques gastrites très rebelles.

Dix-huit cas d'hémato-salpinx, grossesse extra-utérine, hématocèle, kystes de l'ovaire, etc.

Un décès post-opéıatoire dû à des attaques de grande hystérie.

Quinze malades suivies tardivement. Quinze guérisons définitives.

Dix cas de tumeurs utérines compliquées d'annexite bilatérale. Un décès opératoire par embolie.

Sept guérisons maintenues au-dela d'un an.

Par la voie abdominale, j'ai opéré 189 cas d'affections annexielles, dont 120 bilatérales et 69 unilatérales.

J'ai à signaler six décès, soit 3.2 pour cent de mortalité.

Cinq décès dans le cas d'altérations bilatérales.

Un décès dans le cas d'altérations unilatérales.

10 pyosalpinx unilatéraux,
5 hématosalpinx unilatéraux,
13 hématosalpinx bilatéraux,
31 pyosalpinx bilatéraux,
44 salpingites chroniques bilatérales,
34 affections ovariennes bilatérales,
46 affections ovariennes unilatérales,
6 grossesses extra-utérines tubaires.
189

La mortalité est donc plus forte pour les opérations abdominales, le chiffre des interventions étant sensiblement le même. Par conséquent, la voie vaginale n'offre pas plus de danger quant à l'opération, que la voie abdominale.

Dix cas de pyosalpingite unilatérale m'ont donné quatre guérisons franches, maintenues telles. Six récidives du côté respecté.

Cinq hématosalpinx unilatéraux m'ont donné deux guérisons. Trois récidives du côté respecté.

Ces récidives se sont toutes produites de un à trois mois après l'opération, une seule un mois et demi au plus tard (pyos).

31 pyosalpinx bilatéraux. Trois décès; 28 guérisons.

25 malades revues tardivement. Chez 17 d'entr'elles, j'ai observé des affections utérines et péri-utérines qui m'ont amené à pratiquer onze fois le curettage avec ou sans amputation du col, quatre fois l'hystérectomie

vaginale. J'ai observé cinq fois des paramétrites très douloureuses et très rebelles. Les autres malades sont bien portantes.

Après les castrations bilatérales pour hématosalpinx j'ai dû intervenir chez une malade par une opération vaginale pour une hématocèle abdominale.

21 de ces malades opérées bilatéralement ont vu la menstruation se produire plus ou moins régulièrement; la plupart souffraient à cette époque. Toutes se plaignaient de pertes blanches très abondantes.

Deux décès après la castration unilatérale pour grossesse extra-utérine.

Les 44 castrations bilatérales, pour affection chronique des trompes, m'ont donné 44 guérisons opératoires. Revues tardivement ces malades se plaignent toutes d'affections utérines chroniques. Dans ces cas encore j'ai été amené à pratiquer différentes interventions utérines locales, une fois l'hystérectomie vaginale.

Les 34 castrations ovariennes bilatérales furent suivies de 34 guérisons opératoires. Plusieurs de ces malades furent réopérées par moi ou par mes confrères pour affections utérines.

Les affections ovariennes unilatérales donnent, en général, de bons résultats. Cependant les dégénérescences micro-kystiques se reproduisent souvent du côté respecté. J'ai fait, à maintes reprises, dans le but d'enrayer l'affection, l'ignipuncture de l'ovaire conservé, et j'ai obtenu des résultats assez encourageants.

Enfin je ne citerai que pour mémoire les cœliotomies secondaires que j'ai dû pratiquer pour éventration tardive.

La voie abdominale m'a, comme je viens de le dire, donné des succès opératoires qui se rapprochent sensiblement des résultats immédiats obtenus par la castration totale par le vagin. Aussi n'est-ce que l'observation rigoureuse des suites tardives de toutes ces opérations qui, par comparaison, a amené chez moi cette conviction que là où les interventions thérapeutiques palliatives (curettage, tamponnement, dilatation, drainage, etc.) n'ont pu amener la guérison, là où nous devons enlever les annexes, il est préférable d'enlever en même temps l'utérus qui, rendu inutile par l'opération abdominale, peut devenir ou reste souvent la cause de complications de toutes espèces.

Que l'on ne soit pas partisan de la castration utérine concomitante, soit — mais peut-on nier que l'infection annexielle trouve presque toujours son point de départ dans l'utérus, que cet organe était malade avant l'intervention abdominale, qu'il restera malade après l'opération et que la bonne nature ne suffira pas à le guérir.

Je conçois que l'on traite soigneusement cet utérus après la salpingectomie, que l'on pratique le curettage et tous les traitements qui peuvent amener sa guérison; malheureusement, ces traitements trompent presque toujours les espérances légitimes du praticien et l'on observe tardivement les complications que je vous signalais tantôt. La cause principale de ces insuccès réside dans l'abandon forcé que nous devons faire d'une partie de trompe malade sur laquelle nous plaçons nos ligatures. Ces portions tubaires restent hors d'atteinte de nos moyens thérapeutiques utérins. N'est-ce pas encore la cause des récidives que nous observons après la castration unilatérale?

Je ne puis croire que seul j'ai observé après la salpingectomie bilatérale des para et périmétrites graves, des métrites douloureuses, l'envahis-

sement scléreux, l'apparition de noyaux fibreux, car la régression de l'organe utérin, après la castration annexielle, ne se réalise que rarement et d'autant moins que l'on opère à un âge moins avancé. Ai-je seul été amené à pratiquer des hystérectomies tardives après ces opérations, des cœliotomies secondaires?... Encore une fois, je ne puis le croire.

Certes je vous ai signalé des suites tardives pénibles après la castration totale par le vagin, mais je les ai observées dans des cas où l'opération abdominale serait restée exploratrice.

Malgré son importance, je laisse de côté l'argument que l'on peut puiser encore dans la cicatrice abdominale, dans les éventrations.

C'est en somme en me basant sur les résultats tardifs observés après les interventions radicales sur les annexes malades, que je me crois en droit d'affirmer que la castration totale par le vagin doit être l'opération de choix.

On a reproché à cette opération son caractère *fatal*, autrement dit: on lui objecte qu'une fois entamée elle doit fatalement être conduite jusqu'à la fin. Si l'on a soin de commencer l'opération par l'ouverture du Douglas et de faire aussitôt l'exploration des annexes au moyen du doigt, on peut *toujours*, j'insiste sur le mot, s'assurer de leur état. Sont-elles atteintes toutes deux, on pratiquera la castration totale; n'y a-t-il qu'un côté irrémédiablement malade, on fera l'ovaro-salpingectomie unilatérale par la voie vaginale.

J'ai pu procéder ainsi à l'ablation de kystes salpingiens très adhérents et volumineux, de kystes de l'ovaire, de grossesses extra-utérines. Tout dernièrement, j'ai pratiqué, par cette voie, l'ablation d'un kyste séreux de l'ovaire, chez une femme enceinte de trois mois, sans avortement consécutif. Cette malade avait subi, treize mois auparavant, l'hystéropexie vaginale pour rétroflexion utérine.

Je me résume: dans les affections annexielles unilatérales la voie opératoire souvent préférable est la voie vaginale.

Dans les affections annexielles bilatérales, la castration totale par le vagin est préférable à la salpingectomie bilatérale par l'abdomen.

Prof. **G. Ruggi** (Bologna):

Sulla possibilità di rimettere l'utero a posto dopo averlo fatto uscire dalla vagina per ottenere la discesa degli annessi.

L'O., dopo avere ragionato intorno a 176 isterectomie vaginali eseguite con indicazioni diverse, 100 delle quali operate prima e di già pubblicate con 97 guarigioni, e 76 operate di poi con 75 successi, venendo più specialmente a parlare dell'argomento in base a sei casi operati con felice esito, passa alle conclusioni seguenti:

1. È possibile ed utile in alcuni casi speciali distaccare l'utero e lussarlo, spostandolo all'esterno, collo scopo di togliere attraverso della vagina le appendici di esso.

2. La riposizione dell'utero in sede normale è effettuabile senza inconvenienti, rimanendo dipoi in posto colla possibilità di liberamente funzionare, allorchè una delle ovaie è sana e viene perciò rispettata.

3. L'associare a questo l'amputazione della porzione intravaginale della matrice è utile là dove esiste ipertrofia; non è necessaria invece nei casi di utero normale. Succedendo una parziale mortificazione della porzione intravaginale del collo dell'utero, integralmente rimesso in sede normale, non viene per nulla compromesso il buon andamento della cura che, da questo fatto, può soltanto essere ritardato.

4. La mortificazione della porzione intravaginale della matrice si ha soltanto quando tanto le ovaie che le trombe siano d'ambo i lati estirpate.

5. Là dove esiste metrite cronica i fenomeni nervosi dipendenti da essa possono persistere anche dopo tolte ambedue le ovaie; cosa questa che è di già stata osservata operando l'ovariectomia bilaterale attraverso delle pareti addominali.

6. L'utero messo a posto vi rimane e così saldamente da non lasciare il più piccolo dubbio sulla solidità degli attacchi di nuova formazione.

Discussione

Prof. **L. Mangiagalli** (Milano): Mi limito a fare una osservazione d'ordine tecnico e non d'ordine clinico. L'isterectomia vaginale è una operazione la quale può e deve essere fatta con un istrumentario semplicissimo: pinse a trazione, un bisturì, un ago di Deschamps bastano nella maggioranza dei casi. Rilevo pure come il professor Ruggi attribuisca una delle sue morti allo zaffo di garza iodoformica, e non posso a meno di ripetere come bisogna andar cauti nel trarre conclusioni soltanto da statistiche numeriche non accompagnate da una analisi diligente di tutte le condizioni patologiche e cliniche. Per conto mio ho una serie di 40 isterectomie senza chiusura del peritoneo, nella quale mi sono servito del zaffo iodoformico con un solo caso di morte. L'osservazione clinica che intendo fare è questa: esprimere la mia grande meraviglia nel sentire come il Ruggi sopra 70 isterectomie ne abbia compiute dieci per metrite cronica. In un congresso di ginecologi io sento il dovere di protestare contro questo scempio di uteri e di ovaie. Dirigo un comparto con immenso materiale e vedo ogni anno migliaia di ammalate; ebbene io mi sento contento di poter affermare dinanzi a voi che sopra circa 140 isterectomie vaginali da me operate, io non ne abbia praticata alcuna per metrite o per isteralgia.

Prof. **G. Chiarleoni** (Catania): Si associa al professore Mangiagalli nel protestare contro l'abuso della isterectomia *per vaginam* nei casi di affezioni infiammatorie che non trova per nulla giustificate.

Ha fatte 34 isterectomie, di cui 22 per affezioni maligne, otto per fibromi; in un caso per prolasso dell'utero dopo insuccesso dell'operazione Le Fort; in un ultimo caso per salpingo-ovarite cronica e fissazione della tromba e ovaia sinistre nel Douglas. Questa ultima però mi venne imposta da un accidente operatorio in corso della asportazione degli annessi attraverso il fornice posteriore.

Fatta eccezione però delle affezioni carcinomatose e degli ascessi multipli pelvici, io reputo che ci sarebbe ancora da discutere per ritenere senza più che una mutilazione di tanta importanza non sia giustificata in ogni altra lesione dei genitali interni.

Dr. **L. Landau** (Berlin):

Ueber complicirte Becken-Abscesse und complicirte Pyosalpinx.

Eine Verständigung über die besten Operations-Methoden ist schwer möglich solange man sich nicht dahin einigt, Erkrankungen, gegen die man ein bestimmtes Verfahren einschlägt, präcis zu bezeichnen. Ausdrücke wie Becken-Abscess, Suppuration pelvienne, Annexite sagen alles und nichts. Es sind Collectio-Bezeichnungen, unter welchen die mit den mannigfachsten Mitteln zu behandelnden verschiedenartigsten Erkrankungen fälschlich zusammengeworfen werden. Man muss specielle Diagnose stellen: Pyosalpinx, Ovarialabscess, parametritischer, perisalpingitischer, extra-, intraperitonealer Abscess, etc.

Ich selbst bin bei der Specialisirung der verschiedenen eitrigen Erkrankungen im Becken nicht Anhänger einer Methode. Ich übe die Incision bei einfächrigen Säcken, in anderen Fällen die Resection des Uterus etc.; speciell die Laparotomie bei einfacher doppelseitiger Pyosalpinx. Für Tuben-Erkrankungen dieser und ähnlicher Art habe ich bis zum 1. Jan. 1894 im Ganzen in 139 Fällen die Laparotomie mit consecutiver Exstirpation ausgeführt mit 4 Todesfällen, das sind 2,9 p. c. Allein es bleiben immer noch Fälle von complicirten Abscessen übrig, bei welchen wir mit keinem einzigen der bisher üblichen Mittel zum Ziele gelangen und in welchen speciell die Laparotomie im Stich lässt, bezw. das Leben der Operirten auf's Aeusserste gefährdet. Es sind dieses geplatzte Pyosalpinxsäcke mit Fistelbildung, Blasen-, Darm- u. s. w., multiplen intra- und extra-peritonealen Abscessen; Einbettung des Uterus und der Anhänge in starres Narbengewebe.

Hier ist die Hystero-Salpingo-Oophorectomie vaginalis mit Klemmen geradezu von souveräner Bedeutung, wie ich dieselbe bereits seit 1887 in ca. 150 Fällen geübt habe.

Im Ganzen habe ich bis jetzt 30 oben charakterisirte Fälle von complicirtem Becken-Abscess, deren Veröffentlichung in Bälde bevorsteht, mittelst Hystero-Salpingo-Oophorectomie vaginalis. Sämmtliche 30 Kranke, welche sonst siech geblieben oder gestorben wären, sind genesen. Zum Theil waren von mir, zum Theil von andern, die Laparotomie und andere Verfahren durch viele Jahre vergeblich versucht worden.

Nur in einem Falle handelte es sich um einen acuten Process (puerperale Septico-Pyämie mit doppelseitigem Ovarial-Abscess, Salpingitis purulenta und extraperitonealen Abscessen). Die anderen 29 Fälle waren chronisch.

Principiell soll man sich nicht mit der Castratio uterina begnügen, sondern die erkrankten Adnexa mit exstirpiren.

Die Operation selbst ist bei der eben geschilderten Categorie von Fällen im Gegensatz zur Hysterectomie vaginalis bei Carcinom mit schwer zu bezeichnen.

Bei der guten Prognose der Hysterectomie quoad vitam und der Leichtigkeit der Ausführung bei wenig veränderten Genitalien besteht die Gefahr, dass dieselbe auch da ausgeführt werden wird, wo man mittelst conservativen Methoden heilen kann.

Conclusions

1. Dans les pyosalpingites et les abcès extra et intrapéritonéaux, dans lesquels l'incision vaginale des abcès et l'extirpation abdominale des annexes sont impossibles ou trop dangereuses, l'ablation de la matrice et des annexes par la voie vaginale offre la meilleure chance d'une guérison parfaite. Il est indifférent si ces cas sont compliqués de fistules intestinales, vésicales, etc.

2. Dans la plupart des cas cités, cette opération ne pourra pas se faire avec des ligatures et des sutures; il faudra plutôt se servir des pinces hém. de Péan, méthode que je pratique presque seul, en Allemagne, depuis 1887.

3. Il faut enlever, avec la matrice, les trompes et les ovaires purulents et ne pas se contenter de la castration utérine. On ouvre et on enlève en même temps les poches des collections purulentes extra et intrapéritonéales.

4. Si, dans l'hystérectomie, l'enlèvement des trompes et des ovaires morbides ne peut pas se faire (après avoir morcelé la matrice), ce qui n'arrive que rarement, la laparotomie devra suivre immédiatement.

5. Dans les cas dans lesquels on est forcé d'enlever les annexes pour une pyosalpingite bilatérale, et où l'on est à même de faire la laparotomie, il est préférable de choisir la voie vaginale et d'enlever, en même temps, la matrice.

6. Il est d'une grande importance de s'assurer, avant l'opération, d'un diagnostic précis. Il faut donc s'abstenir le plus possible des incisions exploratrices soit par la voie vaginale soit par la voie abdominale. Lorsque l'hystérectomie n'offre presque aucun danger, il est à craindre que nombre de femmes ne soient estropiées, qui pourraient être guéries par un procédé conservateur.

7. Avant tout, il faudra éviter des expressions générales et vagues, telles qu'abcès, suppuration pelvienne, annexite; il faudra les remplacer par l'indication exacte du siège des suppurations (pyosalpingite, abcès extra et intrapéritonéaux, paramétrite, etc.). Nous arriverons alors à une statistique plus exacte, qui permettra d'apprécier mieux la valeur de la statistique des différents opérateurs. On verra aisément que, parmi les cas d'hystérectomies faites pour la suppuration pelvienne, il s'en trouve certainement plusieurs qui pourraient être guéris par une simple incision.

Discussione

Prof. **Leopold** (Dresden): In der Behandlung der Suppurations pelviennes (Beckeneiterungen) habe ich es stets am besten gehalten etwas individualisirend vorzugehen, wie bei der Behandlung der Myome. Die besten Resultate in der Behandlung der letzteren habe ich erhalten theils durch die Castration bei leicht zugänglichen Ovarien und kleinen Myomen, theils durch die Myomotomie abdominalis bei grossen Myomen, theils durch die Totalexstirpation per vaginam bei sehr erschöpften Frauen. Aehnlich verfahre ich bei den Adnexerkrankungen. Bei leichteren Entzündungen der Tuben und Ovarien, wenn die stets vorauszuschickende Narcosenuntersuchung keine zu verwickelten Verhältnisse dargeboten hat, mache ich stets die Laparotomie. Aber in den schweren Fällen, wo die Frauen seit Jahren krank und

bettlägrig sind, wo nach der Erfahrung der zurückbleibende kranke Uterus auch nach der Laparotomie noch viele Beschwerden macht, wo Fisteln zwischen Tuben oder Ovarien und Rectum bestehen, welche jeder Heilung trotzen, — wo die Kranken durch die lange Krankheit so erschöpft und elend sind, dass die Laparotomie für sie ein zu eingreifendes Verfahren bildet — in solchen schwereren Fällen ziehe ich die Totalexstirpation des Uterus und der kranken Adnexe von der Scheide aus vor, und bin mit dieser Operation und ihren Erfolgen ausserordentlich zufrieden. Die ersten zwei habe ich ausgeführt 1886 und sie beschrieben im Archiv für Gynäcologie.

Die Operation ist nicht leicht, aber lässt sich durch Einübung gut ausführen.

Ich schäle den Uterus aus unter Abbindung der Ligamente mit Ligaturen; wende niemals Forcipressur an.

Darnach werden die beiderseitigen Adnexe mit den Fingern ausgeschält und die Stümpfe ebenfalls abgebunden und in die Scheidenwinkel eingenäht.

Die Nach-Behandlung erfolgt wie nach der Total-Exstirpation wegen Carcinom.

Von 30 so Operirten ist eine gestorben. Die anderen haben sich so vorzüglich erholt, dass sie kräftig und blühend wieder geworden und vollkommen in der Lage sind ihrem Haushalt wieder nach jeder Richtung hin vorzustehen.

Landau: Gegen Herrn Pozzi muss ich bemerken, dass die Punction mit nachfolgender Incision bei uniloculären Abscessen ein so vortreffliches Verfahren darstellt, dass ich in einer sehr grossen Zahl von Fällen definitive Heilungen, ja sogar Conception eintreten gesehen habe.

Der Vorzug dieses Verfahrens besteht aber vor Allem darin, dass im Falle eines Misserfolges spätere Operationen, speciell die Hysterectomia vaginalis durchaus nicht präjudicirt werden.

Nach demselben Princip, nachdem man jeden Becken-Abscess radical entfernen müsste, müsste man auch an andern Körpertheilen verfahren, und mit einem Abscess behaftete Glieder amputiren oder reseciren.

Nun ist es aber durchaus nicht gleichgültig besonders junge Frauen zu verstümmeln, die selbst nach gelungener Operation unter Umständen sehr schwere andere Leiden eintauschen können, so dass man sich, wie ich glaube, verpflichtet halten muss, überall, wo die Möglichkeit einer Heilung durch einfache Incision vorhanden ist, den Kranken diese Möglichkeit zu geben.

Prof. Vulliet (Genève):

Traitement des pyosalpingites et des collections liquides du pelvis.

Conclusions

1. En me basant sur 22 nouveaux cas, je ne puis que confirmer les conclusions de ma précédente communication au Congrès de Bruxelles. Je maintiens que la plupart des malades affectées de collections tubaires unies ou bilatérales peuvent être guéries par une méthode conservatrice, qui consiste

ou dans la ponction simple, ou dans la ponction associée au lavage, ou, enfin, dans la ponction suivie d'incision et de drainage des poches.

2. Entre des mains expérimentées, ayant l'habitude des explorations gynécologiques, en observant avec soin les règles de la technique que nous avons établie et celles d'une antisepsie et asepsie rigoureuses, ce mode d'intervention n'offre pas de danger sérieux, car nous n'avons jamais vu survenir d'accidents à la suite de ce mode d'intervention, et nos malades ont guéri sans complications.

3. En nous appuyant sur le fait que la grossesse est survenue après guérison chez une de nos malades et chez une autre malade du docteur Bétrix, nous en concluons que les trompes, même purulentes, peuvent, après ce traitement, recouvrer leurs fonctions normales.

4. Il est, par conséquent, du devoir du gynécologue d'employer ce traitement conservateur avant de pratiquer l'ablation de trompes et d'ovaires. Dans la majorité des cas, ces organes peuvent être conservés, et les femmes ainsi guéries ne sont pas vouées à la stérilité définitive.

Discussion

Doct. **P. Reynier** (Paris): Je voudrais ajouter un mot à ce qu'a dit M. Vulliet. Comme lui, j'ai fait un grand nombre d'ouvertures de collections purulentes par la simple ponction, ou l'incision vaginale simple. Comme lui, je suis d'avis que c'est une opération simple et qui laisse à la femme la possibilité d'avoir encore des enfants. Pour mon compte, je lui citerai un exemple d'une femme à laquelle j'ai incisé une collection péri-utérine, et qui a eu à la suite un enfant.

Mais je voudrais dire que ces opérations sont rarement curatives au sens propre du mot. A la suite les femmes continuent, quand on les suit pendant des mois, à souffrir; et j'ai été obligé de faire consécutivement soit la laparotomie, soit la hystérectomie. Ces opérations complémentaires ont été nécessitées soit par les douleurs persistantes, soit par le fait d'une fistule qui ne guérissait pas. Je crois donc que l'opération, dont nous a parlé M. Vulliet, est une opération d'attente, qui permet de recourir aux accidents urgents, mais rarement on aura le droit de la regarder comme une opération curative.

Vulliet. La méthode conservatrice que je défends n'est pas, comme M. Reynier le croit, une méthode d'attente; mes cas, au chiffre de 50, prouvent qu'elle est curative et définitive dans une très grande proportion, et qu'il faut lui faire une place importante dans le traitement chirurgical des collections pelviennes.

Je répondrai à M. Pozzi qu'elle n'est pas infaillible pas plus que la laparotomie ou l'hystérectomie qui laissent aussi parfois, l'une et l'autre, subsister des fistules et des névralgies pelviennes.

Mes contradicteurs font à la méthode le mode d'opposition usuel à ceux qui ne l'ont pas essayée, et ils ne jugent sa valeur que par quelques cas rebelles qu'ils ont vu échouer dans les hôpitaux.

Ce n'est pas là une façon rationnelle de juger une méthode thérapeutique.

Prof. **S. Pozzi** (Paris):

Traitement de l'ovarite simple par l'ignipuncture et la résection partielle.

Depuis ses communications à Paris (Académie de Médecine) et à Newcastle (British Medical Association) sur ce sujet, M. Pozzi a continué à observer les malades qu'il avait précédemment opérées et a fait un certain nombre d'autres opérations. Leur nombre total (résections et ignipunctures réunies) est actuellement de vingt-sept, sur lesquelles il y a vingt-et-une ignipunctures.

M. Pozzi insiste sur ce fait, que les opérations partielles et conservatrices des annexes ne doivent porter que sur l'ovaire. Pour qu'on puisse les tenter avec chances de succès, il faut, d'après lui, que la trompe soit perméable. On y passe un stylet de trousse avec la plus grande facilité quand elle est saine, ce qui est le cas dans bon nombre d'ovarites que l'on peut, par suite, qualifier d'ovarites simples. Cette manœuvre constituera toujours le temps préliminaire de l'opération.

En se basant sur l'aspect des parties malades, qui répond assez bien aux variétés histologiques, M. Pozzi établit dans l'ovarite non compliquée de salpingite les trois grandes divisions suivantes:

a) Ovarite scléro-micro-kystique;

b) Ovarite diffuse ou œdémateuse;

c) Ovarite mégalo-kystique, à kyste folliculaire, ou à kyste du corps jaune relativement gros (une noisette à un œuf).

Dans ses premières opérations partielles sur l'ovaire, M. Pozzi avait pratiqué la résection à l'exemple de Schröder, Martin, etc.

Depuis il a adopté une autre technique qui lui paraît préférable. Elle est, en effet, plus commode et plus expéditive: quand il y a de nombreux kystes, elle permet de les atteindre tous; enfin, elle se prête seule à la forme diffuse de l'ovarite. M. Pozzi a donc substitué le thermo-cautère à l'instrument tranchant, et il fait l'ignipuncture au lieu de la résection.

Voici comment il procède dans les trois variétés principales qu'il a spécifiées pour la commodité de l'exposition:

a) Ovarite scléro-micro kystique. L'ovaire est souvent diminué de volume, ratatiné; sa surface est raboteuse par endroits, plissée comme celle d'une morille. Ailleurs elle présente de petites saillies transparentes ou noirâtres, dues à de petits kystes, séreux ou sanguins. L'incision ou la ponction simple au bistouri pourrait bien évacuer le contenu de ces kystes, mais elle ne suffirait pas à détruire leur revêtement interne et à empêcher la reproduction du liquide. Il faut détruire chacune de ces petites poches en les brûlant avec la pointe du thermo-cautère durant une à deux secondes. On fait ainsi jusqu'à six ou huit ignipunctures sur le même ovaire; on l'abandonne ensuite dans la cavité péritonéale.

b) Ovarite diffuse ou œdémateuse. L'ovaire est augmenté de volume assez notablement: il est parfois plus que doublé; sa surface est lisse, nacrée; sa consistance, un peu molle ou élastique, rappelle celle du testicule. Nous savons qu'à la coupe il présente alors une apparence d'œdème, et semble comme infiltré de sérosité; il peut y avoir dans les couches superficielles quelques petits kystes séreux, mais ils sont rares. On observe très

souvent, dans ces cas-là, une grande dilatation des veines des ligaments larges (varicocèle tubo-ovaire) et il paraît exister entre ces lésions une relation de cause à effet. Pour modifier profondément les ovaires (qui sont alors atteints d'infiltration cellulaire péri-vasculaire et d'ectasie lymphatique dans toute leur épaisseur) il est nécessaire de les larder, pour ainsi dire, avec le thermo-cautère enfoncé hardiment à une profondeur de deux centimètres environ.

M. Pozzi insiste beaucoup sur cette *ignipuncture profonde*, qu'il a le premier recommandée en en posant les indications spéciales, et qui est plutôt modificatrice qu'évacuatrice.

Il la pratique en se servant du petit couteau étroit du thermo-cautère Paquelin. (Si l'on n'avait à sa disposition qu'un thermo-cautère médiocre s'éteignant facilement dans les tissus, on devrait employer le galvano-cautère). On peut faire ainsi jusqu'à douze ponctions profondes, en divers sens, dans un gros ovaire œdémateux.

c) Ovarite-mégalo-kystique (à gros kyste folliculaire ou à kyste du corps jaune). L'ovaire (qui peut être relativement sain ou offrir les altérations générales de la dégénérescence scléro-micro-kystique) présente en un point un ou plusieurs kystes plus volumineux qui forment bien nettement une tumeur surajoutée. L'ouverture et la cautérisation laisseraient ici subsister une paroi assez mince qui aurait tendance à se mortifier. Il faut donc tout d'abord ouvrir et réséquer, avec les ciseaux, la partie saillante du kyste; après cela, on cautérise fortement la portion qui reste adhérente au tissu ovarien.

Quand il s'agit de kystes du corps jaune, tapissés par une sorte de pulpe molle, on fait préalablement sauter celle-ci, en la grattant avec la pointe des ciseaux, avant la cautérisation.

Comme la surface traumatique laissée alors est assez grande et pourrait fournir un suintement sanguin, M. Pozzi réunit rapidement la petite plaie avec un surjet de catgut. Il se rend maître ainsi très facilement de la petite hémorragie qui suit parfois certaines ponctions ou incisions du tissu ovarien du thermo-cautère, dans le voisinage du hile.

Résultats. — Un premier point à signaler, c'est l'absolue bénignité de cette opération: aucun incident n'a été noté; trois fois il y a eu, les premiers jours, des douleurs vives qu'ont calmé des compresses humides. M. Pozzi se propose de publier *in extenso* ses observations. Il se borne à affirmer, comme conclusion générale, que le traitement de l'ovarite simple par l'ignipuncture est supérieur à la castration. Il a vu disparaître ainsi les douleurs abdominales et la dysménorrhée, aussi bien qu'après l'opération radicale. Les guérisons sont non seulement aussi complètes, mais plus complètes qu'après celle-ci, car les opérées sont indemnes des troubles variés qui résultent de la suppression brusque et prématurée des règles.

M. Pozzi a fait ses premières ignipunctures en décembre 1892. Une opérée d'ignipuncture est devenue enceinte et a accouché d'un enfant qui vit actuellement.

Discussione

Prof. **A. Martin** (Berlin): Die Mittheilungen des Herrn Pozzi sind mir willkommen als Stützen in dem Kampf für diese Methode conservativer Gynäkologie. Die Beschränkung auf Fälle von Oophoritis ist nicht begründet;

die Ovarialresection muss auch bei Neubildungen als zulässig und segensreich anerkannt werden. Auch hier erhält man der Frau Menstruation und Fortpflanzungsfähigkeit, denn in den meisten Fällen fällt ja doch das eine Ovarium ganz fort; es handelt sich um die Erhaltung des Restes des anderen in geringerer Ausdehnung erkrankten.

Es genügt die Incision in vielen Fällen von Oophoritis follicularis; die Resection mit Vernähung hat nur da Platz zu greifen, wo ein grösserer Theil des Ovariums abgetragen werden muss.

Die Tympanatur ist dabei nach meiner Erfahrung nicht nothwendig.

Das absprechende Urtheil Pozzi's über die tubaren Resectionen ist unberechtigt.

Die Zahl der Heilungen in Bezug auf Dysmenorrhoe ist ganz überwiegend in meinem Beobachtungsmaterial; eine Frau ist schwanger geworden.

Ich vertrete die Ovarial- und Tubarresectionen seit ungefähr vierzehn Jahren; von meinen Patientinen mit Ovarialresection ist ungefähr der vierte Theil schwanger geworden.

Die Fortdauer des krankhaften Zustandes bildet einen procentuarisch sehr geringen Bruchtheil, ebenso die Recidive.

Doct. P. **Reynier** (Paris): Je veux appuyer ce que vient de dire mon collègue M. Pozzi. Comme lui, j'ai fait, un très grand nombre de fois, environ une vingtaine de fois, l'ignipuncture des ovaires kystiques. Je ne l'ai pas faite intentionnellement, mais par occasion au cours de laparotomies pour lésions annexielles, dans lesquelles je ne trouvais de lésions graves que d'un côté. Dans ces cas après avoir fait du côté relativement sain le cathétérisme de la trompe, et m'être assuré de sa perméabilité, je ponctionnais les kystes de l'ovaire au thermocautère et conservais ainsi un ovaire. Je profite de l'occasion pour montrer combien la laparotomie est dans ces cas supérieure à l'hystérectomie, et comme on s'applaudit d'y avoir eu recours. J'ai pu suivre un grand nombre des malades auxquelles j'avais fait l'ignipuncture, et comme M. Pozzi, j'ai pu constater que dans la grande majorité des cas, elles ne souffraient pas de cet ovaire laissé en place, et ainsi ponctionné.

Prof. G. **Gutierrez** (Madrid):

Le traitement préventif et les méthodes conservatrices dans les affections inflammatoires des annexes.

Laissant de côté les cas de salpingite aiguë d'origine gonorrhéique, parfaitement diagnostiqués, et dont le traitement par le repos absolu, la désinfection vagino-utérine avec les solutions de permanganate, les opiacés et les émollients, est reconnu par tous les gynécologues, je m'occuperai de la thérapeutique de la salpingite dans l'état où elle se présente le plus fréquemment à notre examen, c'est-à-dire, dans son état chronique.

La plus grande difficulté pour le diagnostic, et par cela même pour instituer l'indication, se trouve au commencement de la lésion tubaire, alors que l'inflammation limitée à la muqueuse n'a pas encore déformé suffisamment le canal tubaire pour rendre possible sa reconnaissance par l'examen combiné, lorsque nous devons baser le diagnostic sur des données comme

la douleur et les troubles menstruels, qui sont si exposés à des erreurs, puisqu'ils se présentent aussi dans des lésions utérines spéciales.

Dans ces cas-là, je ne crois pas que le gynécologue soit autorisé à pratiquer la salpingectomie, sans avoir employé auparavant, et pendant assez longtemps, tous les moyens que la thérapeutique conservatrice met à sa disposition: repos absolu, révulsifs, douches chaudes dans les régions des ovaires, dilatation et curettage de l'utérus, pratiqué avec les plus grandes précautions, etc.

Une fois reconnue la déformation de la trompe et la tumeur salpingienne développée sous n'importe quelle forme (hématique, séreuse ou purulente), les moyens conservateurs n'ont aucun objet.

La salpingite purulente peut se présenter sous n'importe laquelle des trois formes suivantes:

1. La tumeur est de petites dimensions et se trouve intimement soudée au fond du Douglas, et, dans ce cas, il suffit de l'incision moyenne transversale sur le cul-de-sac postérieur du vagin, suivie du drainage.

2. Le pyosalpinx a un grand volume, nous obligeant à faire la laparotomie suivie de la section du sac purulent qui a été vidé auparavant avec le trocart aspirateur, et de la suture du même à la paroi abdominale, ce qui facilite généralement l'adhérence existante entre les deux, ainsi que nous l'avons pu constater dans les cas opérés de cette manière.

3. Finalement, la collection purulente de la trompe peut se trouver formant un petit foyer à une masse d'exsudats produits par une inflammation péritonéale consécutive, et alors il est très difficile d'arriver au centre principal, si on n'a pas l'habilité suffisante pour pratiquer une minutieuse décortication; ou peut-être celle-ci résulte impossible, et nous nous voyons alors obligés de laisser les choses telles qu'elles étaient, nous contentant de laver la cavité péritonéale. Malgré cela, nous ne devons pas perdre l'espoir de la guérison. Quelques faits que nous avons recueilli dans notre pratique, ainsi que d'autres de divers professeurs, prouvent que la laparotomie, suivie du lavage de la cavité péritonéale avec de l'eau stérilisée seule ou additionnée de chlorure sodique, est suffisante pour obtenir la résolution de grandes masses d'exsudats périmétritiques, produisant chez les malades un soulagement très marqué, qui ressemble presqu'à une guérison; en même temps que, de cette façon, on facilite le moyen de pouvoir extirper, par une seconde laparotomie, le foyer purulent salpingien.

Dans les seuls cas où les centres de suppuration sont bilatéraux ou multiples, tous les organes du pelvis se trouvant enveloppés dans une masse d'adhérences fermes, ou lorsque des fistules se sont établies en divers endroits, alors seulement, je crois justifiée la castration utérine, comme un drainage central dans lequel les divers foyers aboutissent et se vident.

Mais encore dans ces cas de véritable *symphyse génitale* avec des abcès inattaquables par les voies ordinaires et dont la suppuration ne finit jamais, mettant en danger la vie de la femme, la pratique nous apprend qu'on peut quelquefois éviter la castration utérine, vu que la laparotomie a sur elle l'avantage de nous permettre d'apprécier *de visu* l'état des choses et d'éviter les écueils que l'extirpation de l'utérus porte avec elle, lorsque cet organe se trouve intimement lié à d'autres que nous ne pouvons voir derrière le vagin.

Jusqu'à présent, nous sommes très satisfaits de la laparotomie dans tous les cas traités de suppurations salpingo-ovariennes.

D'où il résulte que les moyens conservateurs, dans les salpingo-ovarites, ont peu d'application; et l'on peut seulement leur accorder une action curative dans ces inflammations, lorsqu'elles se trouvent dans la période aiguë et qu'elles n'ont pas déformé suffisamment l'organe, de même que dans les cas de salpingite puerpérale où la lésion se trouve obscurcie par l'importance et l'extension du procès inflammatoire du tissu cellulaire et du péritoine pelvien.

Par contre, la pratique nous démontre que nous ne pouvons rien attendre des mêmes moyens conservateurs, s'il y a des collections tubaires de n'importe quelle nature, car dans un cas seulement de pyosalpinx puerpéral, nous avons obtenu de vider le foyer dans la cavité utérine, pratiquant le curettage pour guérir une infection due à la rétention de restes placentaires, trente jours après l'accouchement.

Mais si nous disons cela des méthodes conservatrices, nous ne sommes pas du même avis en ce qui a rapport au traitement prophylactique.

Nous croyons justifiée l'idée proposée par un syphiliographe espagnol distingué, d'hospitaliser les malades blennorrhagiques avec autant et plus de raison que les malades syphilitiques: seul moyen pour obtenir des guérisons définitives et d'éviter la propagation de la maladie, en même temps qu'on demandera aux médecins hygiénistes la plus rigoureuse surveillance dans les maisons de prostitution, en obligeant les femmes infectées à suivre le traitement jusqu'à leur complète guérison dans les centres spéciaux.

On peut dire que les deux tiers des malades qui assistent aux consultations publiques des maladies vénériennes et syphilitiques sont des blennorrhagiques.

Dans un seul dispensaire public de l'hôpital spécial de Saint-Jean de Dieu, à Madrid, plus de 12.874 malades ont été soignés pendant les années 1891, 1892 et 1893; plus de 8,000 étaient blennorrhagiques! Ces chiffres nous démontrent la nécessité de regarder avec le plus grand intérêt la question qui nous occupe.

Comme il existe aussi d'autres germes, outre le *gonocoque*, qui dans des conditions spéciales peuvent déterminer des effets identiques, il incombe aux médecins, en général, et aux gynécologues, en particulier, d'observer la plus grande propreté et la plus scrupuleuse désinfection lorsqu'il s'agit d'intervenir dans l'appareil génital, dans un but diagnostique ou thérapeutique; car très souvent, les mains, ou les instruments sont les conducteurs de l'agent infectieux.

Pour le même motif, il faut insister sur la nécessité de surveiller tout écoulement leucorrhéique, pendant la grossesse, et pratiquer une rigoureuse désinfection après l'accouchement, si normal qu'il soit; parce que la femme paie souvent, par plusieurs années de souffrances, les négligences, dont elle est victime, par suite des profondes lésions des organes pelviens qui résistent avec une ténacité désespérante aux traitements les plus variés et exigent très souvent des opérations radicales.

J'estime, donc, que le travail le plus méritoire et de meilleurs résultats de ce Congrès International, dans sa section de Gynécologie, serait de voter un questionnaire relatif aux points qu'embrasse le traitement prophylactique des affections inflammatoires des annexes et que, pour le remplir, il faudrait y intéresser non seulement les médecins, mais encore les Gouvernements de tous les pays.

Par ce seul moyen, on pourra éviter tant de mutilations, à l'heure actuelle justifiées pour la plupart, mais qui constituent un mal social dont tous les véritables gynécologues doivent se préoccuper.

Prof. **Laroyenne** (Lyon):

Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement successif et, au besoin, l'ablation des annexes.

Les collections pelviennes inflammatoires peuvent présenter, assez fréquemment, une disposition sur laquelle il est utile d'insister — je les suppose unilatérales. — Elles sont constituées par une première poche qui permet, une fois ouverte, d'accéder à une deuxième.

Ainsi, le débridement du cul-de-sac de Douglas une fois opéré, à l'aide de mon trocart cannelé et du métrotome, s'il s'écoule un liquide séreux, séro-purulent ou séro-hématique, mais toujours relativement fluide, il est le produit d'une surface péritonéale enkystée, et non celui d'une trompe dilatée. D'ailleurs il n'y a rien d'absolu dans les indications fournies par la nature du liquide; il ressort seulement d'une observation courante que sa fluidité et son abondance relatives rappellent une hypersécrétion péritonéale plutôt que la sécrétion trouble ou muco-purulente d'une muqueuse tubaire distendue et suppurée. En explorant avec un ou deux doigts l'intérieur de cette première poche et en s'aidant de la palpation abdominale, on en distingue une seconde faisant saillie dans la première. Elle est formée aux dépens de l'ovaire ou de la trompe. Cette dernière poche ponctionnée et incisée donne issue à un liquide purulent. Le large débridement de la collection péritonéale, c'est-à-dire de la première poche, est naturellement insuffisant pour obtenir une guérison durable; il faut absolument lui adjoindre celui de la collection tubaire.

Chez d'autres malades il n'existe pas, baignée par le liquide de la péritonite enkystée, de collection qui puisse être incisée et qui mérite de l'être. On a affaire, dans ce cas, à une tubo-ovarite qui n'a pas acquis un grand développement, mais qui a déterminé autour d'elle, par propagation inflammatoire, une péritonite circonscrite avec hypersécrétion péritonéale. L'exploration de la cavité péritonéale enkystée permet, parfois, de constater que les annexes, qui y sont contenus, peuvent être décollées et réséquées, et cela, en procédant avec précaution, sans pénétrer dans la grande cavité péritonéale, ce qui exclut toute probabilité de complication opératoire.

Prof. **D. De Ott** (Saint-Pétersbourg):

Préparation d'un utérus avec fœtus de six mois, extirpé pour un cancer du col.

Pour conserver les relations topographiques, après l'ablation de la matrice, et pour que la préparation se conservât dans l'alcool telle qu'elle était chez la patiente, le professeur De Ott a fermé le point de section, au moyen de trois ligatures que je serai obligé de couper pendant la démonstration. La malade, âgée de 37 ans, était atteinte d'un cancer du col de

l'utérus et se trouvait enceinte de six mois. En voyant la possibilité d'enlever le néoplasme dans sa totalité, le professeur De Ott a emporté la matrice toute entière, en se préoccupant d'abord de la vie de la mère et, en second lieu, de celle assez incertaine du fœtus. L'opération a été commencée par le vagin, comme dans le procédé ordinaire, en écartant autant que possible la matrice. Ensuite la cavité abdominale a été ouverte, et la matrice a été enlevée dans son entier avec son contenu.

La patiente, jusqu'à présent, a survécu à l'opération.

Prof. **F. Zárraga** (Mexico):

Embryotomie — Procédés mexicains.

Conclusions

1° La décollation est un procédé d'embryotomie très mauvais parce que les difficultés qu'il y a pour faire l'extraction du segment céphalique sont bien grandes;

2° Les procédés mexicains sont caractérisés par l'adhérence d'un ou des deux membres thoraciques au segment céphalique pour tirer et faire l'extraction de ce segment ou pour le fixer et pouvoir faire une application de forceps, une basiotripsie, etc.;

3° La coupe collo-axillaire supérieure (procédé de M. le professeur Ortega) est indiquée dans les présentations dorso-antérieures;

4° La coupe bi-axillaire (procédé de MM. les professeurs Rodriguez et Capetillo) est indiquée dans le cas où le ramollissement du fœtus est très avancé;

5° La coupe collo-axillaire inférieure (procédé de l'auteur) est indiquée dans les présentations dorso-postérieures.

Dr. **G. von Gawronsky** (Charkoff):

Ueber Verbreitung und Endigung der Nerven in den weiblichen Genitalien.

Die von mir untersuchten Organe sind: Vagina, Uterus, Tuben und Ovarium.

Dieselben entstammen dem Hunde, Meerschweinchen, Kaninchen, Schafe, weisser Maus. Ausserdem wurden dieselben Organe von ausgetragenen, unmittelbar oder bald nach der Geburt verstorbenen Kindern entnommen, sowie Vaginae von Erwachsenen, die von Colporraphieen stammten, bearbeitet.

Bei der Untersuchung wurden die Methoden von Golgi, Cox, Muschenkoff und die von Kolosoff modificirte Cohnheim'sche angewendet.

Die bis jetzt gewonnenen Resultate, mittelst Golgi's rascher Osmium-Silbernitrat-Impraegnation erhalten, zeigen Folgendes:

1. Im Uterus vom Meerschweine, Schafe und Hunde verlaufen die Nerven in der Muskularis in dichten Fasern, die jedoch nicht unter einander in Verbindung treten und büschelförmig gegen die Schleimhaut hinziehen. Bevor sie aber an dieselbe gelangen, findet man bei einer Anzahl in der

submucosa Gebilde eingeschaltet, die die Form multipolarer Ganglienzellen aufweisen. Von diesen Gebilden entspringen Fortsätze, die, sich nach allen Richtungen verzweigend, auch in die Mucosa eintreten und hier, wie an einigen Präparaten deutlich zu sehen ist, frei im Epithel endigen, zumeist am Ende Knöpfchen tragend. Der Verlauf der Fasern in der Muskelschichte erfolgt nicht in gerader Richtung, sondern weist zahlreiche Biegungen auf, von deren Winkeln die Aestchen entspringen. Dieselben schlagen entweder dieselbe Richtung wie die Hauptfasern ein oder sie sind rückläufig; ihre Endigung im Muskel erfolgt nach einer unten anzugebenden Weise.

Eine zweite Art Nervenfasern kommt aus dem Muskelstratum, wie oben angegeben, und tritt ohne zwischen eingeschobene Zellen direct an das Epithel des Uterus heran, um hier ebenfalls frei in demselben zu enden. Unmittelbar vor dem Eintritt in das Epithel biegt jedoch die Nervenfaser in den meisten Fällen fast in einem rechten Winkel ab und verläuft zunächst parallel der Basalfläche der Cylinderzellen, an dieselben nun erst direct nach oben gehende Aëste absendend. In der Muskelschicht erfolgt die Nervenendigung in der bei Golgischen Präparaten so häufigen Form der Knöpfchen, oder auch frei in eine Spitze auslaufend; nur an einem Praeparate konnte constatirt werden, dass an zwei dichotomisch sich theilenden Nerven, an je einem derselben, am Ende ein scheibenförmiges Gebilde impraegnirt war, das ganz den Eindruck einer Nervenendscheibe bot.

2. In der Muskularis der Vagina verlaufen die stärkeren Nervenstämme unter Bildung von zahlreichen, fast rechtwinkligen Knickungen gegen das Oberflächenepithel hin und geben auf diesem Wege namentlich an den Knickungsstellen Seitenäste ab, die wie in der schon für die muscularis des Uterus beschriebenen Weise endigen.

In die submucosa eingetreten ändern die Nervenstämme ihre Richtung, treten zu einer Art Pletus zusammen und ziehen nunmehr der Oberfläche des Vagina-Epithels entlang. Von diesem submucösen Nervenpletus treten Stämmchen an und in das Epithel, um hier zumeist schon in den untern Schichten spitz oder Knopfförmig zu enden. Nervenzellen, in den Verlauf der Nervenstämme zwischen muscularis und submucosa eingeschaltet, konnten an den von Menschen und Meerschweinchen stammenden Präparaten nicht gefunden werden.

3. Im Ovarium wurden namentlich gegen die Zona parenchymatosa ziehende Nervenstämmchen nachgewiesen; sie sind hier zu Bündeln geordnet und strahlen, ohne unter einander in Verbindung zu treten, fächerförmig aus. Was das Verhältniss der Nerven zu den Follikeln betrifft, so sieht an einigen Präparaten feinste Aestchen an dieselben herantreten, hier entweder direct in die theca folliculi eindringen oder vor dem Eintritt in dieselbe umbiegen und nun erst nach längerem oder kürzerem Verlauf in der theca enden. Nervenstämmchen, die bis zur membrana granulosa verfolgbar waren und hierselbst mit einer knöpfchenförmigen Verdickung endigten, gelangten öfters zur Beobachtung. In einzelnen Fällen gelang es auch ein Nervenfäserchen in der Granulosa nachzuweisen und dasselbe bis in die unmittelbare Nähe der Zona des Eies zu verfolgen; die Endigungsweise in diesem Falle war nicht zu constatiren.

Bei der Durchführung dieser Arbeit wurden mir die mit Golgi's Methode gewonnenen Resultate berücksichtigt; die unter Anwendung der oben

noch angeführten anderen Methoden, welche bisher mit sehr wechselndem Resultate angewendet wurden, werden das Thema zu einer späteren Mittheilung bieten.

Doct. **Stapfer** (Paris):

Cellulite abdomino-pelvienne — Paramétrisme.

Je donne ces noms à une sorte de trilogie pathologique qui ne me semble pas encore cataloguée dans les ouvrages de gynécologie, et qui est, je crois, la source de la plupart des douleurs génitales de la femme. Comme le paramétrisme ou contracture ligamentaire, et la fixation dérivent le plus souvent de la cellulite, il me suffira de décrire celle-ci.

J'ai emprunté aux Suédois le mot de *cellulite* pour désigner une affection qui n'a rien de commun avec le phlegmon. C'est une affection chronique, très proche parente, si je ne me trompe, de l'*exsudat* des Allemands. Elle occupe les tissus conjonctifs. Elle est caractérisée par des œdèmes et des contractures de voisinage. Le tissu connectif de la paroi abdominale et celui de la cavité pelvienne sont un lieu de prédilection pour la cellulite. Je l'ai décrite, en juillet et août 1893, dans les *Annales de gynécologie* de Paris. Cette communication est à la fois le complèment et la synthèse de ce travail.

La cellulite abdominale, très connue en Suède, a pour signes: 1° l'œdème; 2° la douleur.

La cellulite pelvienne qui accompagne souvent l'abdominale, mais qui peut exister sans elle, a pour signes: 1° l'œdème; 2° la douleur; 3° la sensation de poids et de descente; 4° la contraction et la fixation.

1. *Œdème.* — Dans le tissu connectif sous-cutané abdominal, il se manifeste sous forme de noyaux pâteux ou durs, semblables à des grains d'orge, des noisettes ou des noix. On le reconnaît en faisant des plis à la peau. Dans le tissu connectif intra-pelvien, il se manifeste sous forme d'épaississements, d'indurations, de cordes tendues. Il siège sur l'utérus et les annexes et surtout dans la zone ligamentaire. Les ligaments de Douglas peuvent être gros comme le doigt et durs comme du bois.

2. *Douleur.* — Elle est extrêmement vive dans la cellulite abdominale, si vive qu'une légère pression des noyaux arrache un cri à la malade. Elle n'est pas moins vive dans la cellulite intra-pelvienne, et a pour siège de prédilection les parois pelviennes et le plancher périnéal. Les malades souffrent pour s'asseoir et se lever. Elles se plaignent de crampes rectales. Les garde-robes sont parfois très douloureuses. Ces douleurs précèdent ou accompagnent les garde-robes. On croit à une fissure à l'anus.

3. *La sensation de poids et de descente.* — Elle est continue ou intermittente. Elle s'exaspère au moment des molimens. Elle fait croire à une menace de prolapsus et expose les malades à d'inutiles pessaires.

4. *La contracture et la fixation.* — La contracture se manifeste soit dans les ligaments suspenseurs de l'appareil génital, ou paramètre — voilà pourquoi je dis paramétrisme, comme on dit vaginisme — soit dans les muscles du plancher pelvien. Les sphincters sont parfois violemment contractés.

A un premier degré, le paramétrisme se borne à une tension des ligaments latéraux ou postérieurs. Quand on exerce sur eux une traction même peu marquée, la femme se plaint. La kinèsithérapie vient promptement à bout de ce degré de paramétrisme.

A un second degré de contracture, les organes sont déviés. La déviation est parfois assez forte, l'immobilisation assez prononcée pour que l'on se pose la question de fixation. Le massage la tranche. S'il s'agit de contracture simple, un massage bien fait l'anéantit, en un nombre varié de séances.

A un troisième degré, non seulement il y a contracture, mais rétraction et, par suite, véritable fixation par opposition à la fixation du second degré, qui est une pseudo-fixation, puisque le massage l'anéantit. Je crois qu'il n'y a d'adhérences, par formation de néo-membranes, que lorsqu'il y a eu pelvi-péritonite antérieure.

Diagnostic. — La cellulite abdominale peut faire croire à des tumeurs profondes (tumeurs fantômes) par la douleur que cause la pression, et la contracture des muscles de la paroi. La cellulite pelvienne a été confondue avec la fissure à l'anus et avec le premier degré du prolapsus. C'est ce que les Anglais ont appelé rectum hystérique, et notre coccygodynie n'est, sans doute, que la cellulite méconnue.

Traitement. — La kinésithérapie a d'excellents résultats, à condition qu'aucune altération grave ne se cache derrière la cellulite.

Prof. **Marocco** (Roma):

Sul trattamento chirurgico delle forme nervose di origine pelvica.

Onorevoli Signori, anzitutto vi chiedo perdono se affronto un argomento gravissimo nel quale, alla grave responsabilità clinica, si lega quella della tecnica chirurgica sempre grave per sè.

Una parola sull'argomento generale. Vi sono delle forme di turbe funzionali senza precedenze morbose ben definite nei rispettivi soggetti, che sono incompatibili con una tollerabile esistenza. Queste forme sono legate assai di frequente alle funzioni pelviche; tali turbe sono fra quelle per le quali è assolutamente giustificato l'intervento, tenuto conto di quanto figura nelle conclusioni di questa comunicazione.

Un'altra parola sopra la parte clinica. Di questa, la dimostrazione è vivente; ed è con piacere che ve la presento, tanto più che, conservatore per natura, mi decisi contro voglia all'intervento, convinto che io mi sforzavo contro il sintoma che s'imponeva; e perciò non era punto sicuro del risultato a cui aspiravo per le mie pazienti, mentre la lesione anatomica poteva restare nell'ombra.

Eccovi due pazienti da me seguite con ogni cura e studiate con ogni mezzo:

1ª Ammalata a me nota da 12 anni; nessuna precedenza; sintomi alternantisi; vomito; afonia; asma stridulo notturno. Avendo la malata in casa mia, riuscito vano ogni tentativo per allontanarla, cedetti alle sue preghiere e l'operai di ooforosalpingectomia bilaterale con distacco delle complesse aderenze, con pieno successo. Sono ora trascorsi quattro anni.

2ª Questa paziente è ancora più importante.

La mia seconda malata non offre nessuna precedenza all'infuori del fatto costituzionale di scadimento generale nel momento dello sviluppo. Sintomi: 1° afonia persistente; 2° asma ricorrente settimanale gravissimo. Localizzazione dello stimolo: Nella piccola pelvi a destra; dopo tutti i tentativi terapeutici, si addiviene ad un primo intervento dopo sei mesi di studio-ooforo-salpingectomia destra e stacco di un concrescimento col colon ascendente. Guarigione completa per 15 giorni. Dopo questo termine ricomparsa delle turbe funzionali in modo più accentuato. Dopo due mesi di cura e di osservazione accurata si passa ad un secondo intervento-ooforo salpingectomia a sinistra e distacco delle molte aderenze dovute al primo atto operativo. Sequela al trattamento chirurgico da ustione di secondo grado dovuta al mezzo di riscaldamento usato, sequela morbosa che durò un mese e mezzo. Risultato completo: fino ad oggi sono trascorsi due mesi sempre immutati.

È bene notare che tutte e due queste pazienti non presentarono mai nota sessuale di sorta, e, vergini di mente e di corpo, non presentavano nemmeno alterazione delle funzioni dell'encefalo.

Un cenno sul reperto anatomo-patologico ed istologico: macroscopicamente — albuginea liscia-argentea, senza traccie di follicoli scoppiati. Istologicamente, uniformità di ispessimento del rivestimento endoperitoneale e dell'enchima ovarico ricco di follicoli abortifi e alcuni di questi emorragici per versamento avvenuto nelle ricorrenze mestruali. Io sarei tentato ad arrischiare la proposta di trovare per queste forme un nome diverso da quello che domina nella patologia, per il quale dovremmo allinearle fra le oofориti croniche, mentre: 1° nessun fatto infiammatorio le accompagna; 2° nei tessuti contigui e continui non vi ha traccia di flogosi interstiziale, piuttosto spicca lussureggiante il tessuto fisiologico con il rivestimento epiteliale normale come non vidi mai tanto sviluppato ed elegante nei suoi rapporti; 3° troviamo un'attitudine speciale del sistema trofico dell'organismo ad una nutrizione alterata per cui la nota istologica locale si può dire piuttosto costituzionale, di quello che ci si imponga il fatto anatomo-patologico dell'organo. Eccomi alle conclusioni confortate dai preparati macroscopici e dalle sezioni istologiche: Preparatore dottore L. De Castro, che mi coadiuva con amore nella mia clinica privata e della cui conscenziosa operosità mi è caro di tributargli pubblico ringraziamento.

Conclusioni

1. Solo dopo lunghissima osservazione è dato stabilire l'origine diretta delle forme riflesse per lesioni pelviche.

2. Le concomitanze morbose locali *della funzione colpita* possono essere tali da condurre facilmente in errore.

3. Le forme riflesse da causa transitoria non possono essere concretate nemmeno dopo la più accurata e lunga osservazione.

4. È assolutamente necessario far precedere al trattamento chirurgico tutti i sussidii terapeutici generali e locali e accuratamente seguirne gli effetti per essere autorizzati al soccorso chirurgico diretto.

5. Quando alle turbe funzionali della vita vegetativa si accompagnano turbe funzionali cerebrali, è minore la probabilità del risultato e si va incontro facilmente agli indebolimenti progressivi delle funzioni encefaliche.

6. Le turbe cerebrali non controindicano però il trattamento chirurgico diretto in via assoluta, ma impongono riserva maggiore.

7. Le turbe cerebrali (due casi con reperto istologico) controindicano l'intervento con una graduatoria proporzionale alla loro intensità.

8. La fenomenologia riflessa, dopo l'intervento diretto, non si estingue mai in totalità, ma persiste un'attitudine al suo riaccennarsi per altri stimoli; però le forme accessionali perdono il loro carattere periodico e la loro intensità soppressi che siano gli stimoli fisiologici ciclici.

Dott. **A. Regnoli** (Roma):

Ovaro-salpingectomie dell'ultimo triennio della clinica ostetrica di Roma (1890-93).

Conclusioni

Lo studio dei risultati delle operazioni dette è maggiormente vantaggioso perchè effetto di diretta osservazione.

Le laparotomie per altre ràgioni, che non sieno assolutamente le ovarosalpingectomie, non sono state considerate.

Le ovaro-salpingectomie furono 70, di cui unilaterali 25, bilaterali 30; per fibro-miomi (processo Hegar-Batthey), 8; per istero-nevrosi, 5; per gravidanza tubarica al terzo mese, 2.

Le varietà anatomo-patologiche furono:

1. Salpingo-ovariti leggiere, periovariti, perisalpingiti, aderenze più o meno estese, complicate talune a retroversione mobile o no dell'utero.

2. Piosalpingiti ed ovariti suppurate.

3. Salpingiti catarrali interstiziali croniche: α Idrosalpingiti, β Ematosalpingiti.

4. Ovariti sclerotiche e microcistiche.

L'osservazione periodica, ed a distanza dei casi detti operati, dà i seguenti risultati:

In generale si è notata una buona trasformazione fisica e morale, vero successo della ginecologia addominale.

Nella prima e seconda serie delle varietà anatomiche, il risultato è più tardivo. I dolori spesso ritornano, restando un leggiero stato irritativo dei peduncoli. Nella terza e quarta serie il risultato generalmente è buono; il più delle volte, immediato.

Il successo il più completo si ha nei casi di doppia ablazione. Quasi tutte le operate di doppia ablazione sono rimaste amenorroiche. Solo in quattro casi è riapparso il sangue mestruo irregolarmente; in uno con molta regolarità.

Nei casi di ablazione unilaterale, il ritorno dei fenomeni che indussero all'atto operativo, ricondusse talvolta la donna a nuove sofferenze.

Nei casi operati per fibromioma, l'asportazione fu bilaterale, e in tutti si ebbe notevole miglioramento e diminuzione di volume del tumore, specie in due casi in cui furono asportate le ovaia affette da degenerazione cistica con salpingiti catarrali.

I migliori risultati si sono avuti nelle età dei 24, 37, 39 anni.

In un caso vi è stata amenorrea completa: in uno le perdite sanguigne sono perdurate ma meno abbondanti; negli altri si è regolato il flusso sanguigno mensile.

L'età massima fu di 45 anni (una sola operata).

Nei casi operati per isteronevrosi l'asportazione fu bilaterale in quattro casi: in un caso fu monolaterale per sola degenerazione sclerocistica dell'ovaio sinistro e retroversione mobile dell'utero, corretta con l'isteropessia.

Le condizioni generali delle operate per affezione nervosa sono state notevolmente migliorate; e in ordine alla affezione nervosa stessa, i risultati furon molto favorevoli. Tali risultati si sono sempre avuti quando v'era alterazione patologica delle ovaia, o delle trombe, o di ambedue. In un caso in cui tale alterazione non esisteva, il risultato fu negativo.

Tale operazione, peraltro, deve solo praticarsi quando sieno falliti tutti i mezzi medici curativi e risolutivi.

Nella maggioranza delle operate di ovaro-salpingectomia, per qualunque causa, il senso genetico non è diminuito, per quanto asseriscono le operate stesse.

Nelle epoche mestruali, per la amenorrea operatoria si hanno in molti casi sensazioni di vampe alla faccia, di affanno, di cardiopalmo, emissioni vicarie di sangue, ecc., fenomeni generali della menopausa, i quali cessano specialmente dietro cura medica ed igienica.

Vi fu un caso di ematocele post-operatorio, due mesi dopo l'operazione, che guarì spontaneamente per riassorbimento. In nessun caso apparvero fenomeni consecutivi di follia.

Mancano i casi di ablazione degli annessi prima della pubertà.

Discussione

Prof. G. **Chiarleoni** (Catania): La conclusione ultima del dottore Regnoli ha allontanato da me la sorpresa che si potesse ancora su larga scala procedere all'operazione di Batthey (ovariotomia normale) nei casi di istero-epilessia, ecc. E ciò perchè a parer mio la operazione con organi genitali integri non mi pare per nulla giustificata. Ricordo il mio caso di ovariectomia simulata di cui ho dato relazione nel Congresso Nazionale medico di Pavia, in cui ebbi un successo curativo splendido.

Regnoli: Nei suoi casi l'operazione fu fatta in gravi condizioni, quando era stata esaurita ogni cura medica e lo stato delle inferme sembrava irreparabile.

Prof. **Sänger** (Leipzig):

Ueber active Behandlung des tubaren Abortus.

1. Der tubare Abortus (als Abortus completus, incompletus und Tuben-Mole) ist häufiger als die Ruptur der schwangeren Tube.
2. Die Ruptur der schwangeren Tube führt häufiger und rascher durch intraperitoneale Blutung zu Shock und lebensgefährlicher Anämie, als der tubare Abortus.

Zu viele Fälle von Ruptura tubae gehen heute noch zu Grunde durch Unterlassung der sofortigen Coeliotomie und Salpingectomie (bez. Salpingo-Oophorectomie). Die Ausführung dieser Operation ist nicht minder dringlich wie ein Kaiserschnitt bei absoluter Indication, wie eine Herniotomie, eine Tracheotomie, und sollte, bei der meist leicht stellbaren Diagnose, auch von Aerzten vorgenommen werden, die nicht Abdominal-Chirurgen sind.

3. Die intraperitoneale Blutung bei tubarem Abortus hat, weil geringer und weil langsamer entstehend, eine günstigere Neigung sich abzukapseln, häufig unter Bildung solitärer, vollständig ausschälbarer Hämatocelen.

Es kommen jedoch Nachschübe von frischer Blutung sowie Zerreissung der Blutkapsel vor mit secundärem Uebertritt geronnener und frischer Blutmassen in die freie Bauchhöhle, mit ähnlichen klinischen Erscheinungen wie bei Ruptur der schwangeren Tube.

4. Ist beim tubaren Abortus die Gefahr von Seiten der acuten Blutung vorüber, so droht noch immer die der septischen Infection (vom Uterus, der Tube, dem Darm her) mit Verjauchung der Blutmassen, mit Ausbildung von Pyosalpinx und Pyovarium, mit Becken-Abscessen, allgemeiner Peritonitis, mit Durchbrüchen nach den verschiedenen Nachbarorganen.

5. Bleiben diese schweren Complicationen aus, oder kommen sie durch abwartende Behandlung zu relativer Ausheilung, so ist die Betroffene, auch bei vielleicht subjectiv gutem Befinden, doch nicht als gesund zu erachten. Die Organisation und Aufsaugung der ergossenen Blutmassen sammt eingeschlossenem Ovum erfolgt meist äusserst langsam, kann sich über Monate und Jahre erstrecken, stets mit Hinterlassung von Residuen. Die Erkrankungen der Adnexa, welche zu ectopischer Schwangerschaft geführt haben, bestehen fort und summiren sich zu den Folgen der letzteren.

6. Die active Behandlung des tubaren Abortus und der peri-tubaren Hämatocele durch die Coeliotomie ist daher im Princip der abwartenden vorzuziehen.

Den gleichen Standpunkt, doch weniger entschieden und weniger allgemein, vertreten Lawson-Tait, Bland, Sutton, Gusserow, Graefe, von Ott u. A.

7. Die Entleerung peri-tubarer und retro-uteriner Hämatocelen bei tubarem Abortus mittelst Elytrotomie ist durch die Coeliotomie zu ersetzen: die Elytrotomie vermag höchstens die Blutmassen fortzuschaffen; sie belässt aber, ausser ihren sonstigen Nachtheilen, die kranken Adnexa und birgt Gefahren wegen Fortbestand der ectopischen Schwangerschaft.

8. Aus gleichen Gründen, sowie wegen der Gefahren primärer oder secundärer Blutung, ist auch die Behandlung der ectopischen Schwangerschaft mittelst Electricität sowie durch Morphiumeinspritzung zu verwerfen.

9. Die Hysterectomie vaginalis mit oder ohne Morcellement ist ebensowenig als angemessene operative Behandlung bei Tubenschwangerschaft und tubarem Abortus anzusehen, da sie nur indirect und zu radical vorgeht. Allein die Coeliotomie vermag durch blosse Wegnahme der betroffenen und conservative Behandlung der andersseitigen Adnexa Ideales zu leisten, wenngleich sie genöthigt sein kann auch diese mitzuentfernen, sobald sie zu schwer erkrankt sind, um erhalten werden zu können.

Die Wegnahme der wenig oder gar nicht erkrankten anderen Adnexa, um Wiederholung der Tubenschwangerschaft auf der entgegengesetzten Seite vorzubeugen, ist nicht gerechtfertigt. Kommt es zu wiederholter Tuben-

schwangerschaft auf der anderen Seite, so sind die betreffenden Adnexa durch eine zweite Coeliotomie zu entfernen, wie dies auch Vortragender in einem Falle mit Glück gethan hat.

10. Für den tubaren Abortus besteht ganz die gleiche Indication zur Vornahme der Coeliotomie und Salpingo-Oophorektomie wie für andersartige schwere, acute oder chronische Adnexerkrankungen. Wird in Folge eines Irrthums in der Diagnose eine solche vorgefunden, so kann die Operation ebenso dieser gelten. Besonders oft wird der tubare Abortus verwechselt mit Pyosalpinx, sofern es sich auch hier um längeres Ausbleiben der Menstruation, sich anschliessende, lang hingezogene äussere Blutung, Bildung einer weichen, rasch gewachsenen Adnexgeschwulst handeln kann.

11. Die günstigste Zeit für die Vornahme der Coeliotomie bei tubarem Abortus ist, entweder das erste Stadium der noch andauernden inneren Blutung, oder nach vollendeter Abkapselung des peritubaren Blutergusses (3 bis 4 Wochen nach Stillstand der inneren Blutung).

12. Die Technik der Operation (in Trendelenburg's Hochlagerung) weicht in einigen Punkten von derjenigen der Salpingo-Oophorectomie wegen entzündlich-infectiöser Adnexerkrankungen ab.

Die präventive Abklemmung der Vasa spermatica an ihrem Gefässstiel (Ligam. infundibulo-pelvicum), sowie der Anastomosen mit den Vasa uterina am Ligam. latum entlang der Seitenkante des Uterus, sei es vor oder nach Aushülsung der Adnexgeschwulst — letzteres, wenn diese die Abklemmung hindert — gestattet in Fällen von noch frischer oder wieder angeregter tubarer Blutung eine sichere Beherrschung derselben.

Hat sich eine solitäre Hämatocele gebildet, so sollen die geronnenen Blutmassen nicht ausgeräumt, sondern mitsammt ihrer Kapsel ausgeschält werden.

Lässt sich die Blutung aus der oft sehr geräumigen Höhle, in welcher die entfernten Adnexa nebst Hämatocele gelegen haben, durch die üblichen Mittel, mit Ausschluss von Liquor ferri sesquichlorati, vollständig stillen (durch Compression, Thermokauterisation, Umstechungen), so ist die Bauchhöhle zu schliessen, sonst kann doch nur in dem Falle zur Gaze-Tampon-Drainage nach Miculicz geschritten werden.

Das Verfahren der Austupfung der Bauch-Beckenhöhle mittelst sterilisirter Gazecompressen ist demjenigen der Ausspülung mit heissem Wasser vorzuziehen. Die Heisswasserausspülung und nachherige Glasröhren-Drainage ist zu verwerfen.

13. Nach diesen Grundsätzen habe ich in den letzten Jahren — andere Fälle von ectopischer Schwangerschaft, von Ruptura tubae gravidae ausgenommen — sechszehn Fälle von tubarem Abortus operirt: bis auf einen Fall, welcher 24 Stunden nach der Operation einer unerwarteten Lungen-Embolie erlag, sind Alle genesen.

Prof. **G. Chiarleoni** (Catania):

Gravidanza tubarica — Diagnosi — Esiti — Cura.

Ho desiderato intrattenervi, illustri colleghi, sull'argomento della gravidanza tubarica perchè esso attende ancora dalla clinica e dalla anatomia patologica la sua più completa comprensione, e perchè per fortunata com-

binazione mi venne fatto di studiarne ben nove casi, dei quali, otto in meno di un anno.

Nel breve tempo concessomi sarebbe cosa impossibile trattare in tutti i suoi aspetti il vasto e intricato tema, e non riuscirei a leggervi la storia in tutti i loro minuti particolari.

Restringerò adunque l'argomento alla diagnosi, agli esiti e alla cura, cominciando con una sintesi dei casi occorsimi.

In quattro osservazioni, di cui in una sola la diagnosi fu fatta in precedenza, la rottura della tuba avvenne nel corso del secondo mese di gestazione; e la conseguente emorragia avvenne una volta nel cavo peritoneale e tre volte nella spessezza del legamento largo. La gravidanza risiedeva in tutti i quattro casi nella tromba sinistra.

Le donne guarirono tutte; in tre per avvenuto assorbimento del sangue esparso e in una per eliminazione spontanea per la via rettale del versamento.

Nei rimanenti cinque casi la diagnosi fu fatta dopo avvenuta la rottura della tromba, che si avverò quattro volte nel corso del terzo mese e in una verso la fine del quarto.

Il versamento sanguigno fu intraperitoneale in tre casi ed in due intralegamentoso. La copia di sangue versato non fu mai in quantità tale da mettere in immediato pericolo la vita delle pazienti. Del resto tutte caddero sotto la mia osservazione più o meno giorni dopo l'avvenuta rottura e conseguente spandimento interno di sangue.

Dopo inutili sforzi intesi a fare riassorbire il sangue versato, in due casi trovai la indicazione di aprire il fornice vaginale posteriore, e in tre di procedere alla laparotomia.

Nel primo caso in cui apersi il fornice potei raccogliere un feticino in via di mummificazione dell'apparente età di tre mesi; nel secondo raccolsi gli annessi in prima, e poi estrassi a poco a poco tutto lo scheletrino di un feto a tre mesi.

In due laparotomizzate la raccolta sanguigna incistata era intrapelvica ed in mezzo ad essa trovai l'ovo una volta intatto e una volta rotto, senza traccia di feto. Nella terza poi la raccolta era intralegamentosa e l'ovo rotto.

La gestazione in tutte erasi verificata nella tromba sinistra.

Le cinque donne guarirono tutte, ma più rapidamente e con minori inconvenienti le tre laparotomizzate.

Pertanto in base alla mia personale esperienza sottopongo al vostro savio apprezzamento le proposizioni seguenti:

I.

Gravidanza tubarica. — *Diagnosi, esiti e cura.*

Diagnosi. — 1. È difficile ma non impossibile a gravidanza in corso. È sempre possibile poi mediante l'esame microscopico del modulo della mucosa uterina cacciato prima, durante o poco dopo l'aborto della tuba o dietro la rottura di questa.

2. Nel primo caso la diagnosi poggia sul fatto della soppressione dei menstrui di varia durata, e del conseguente gemizio di sangue di indeter-

minato corso; sul quasi costante apparire per intervalli di accessi dolorosi agonizzanti endopelvici della durata appena di poche ore; sull'aumento di volume dell'utero e lieve imbibizione del collo per cui si fa più molle accompagnato o non da un tal qual grado di dilatazione del muso di tinca; sullo spostamento laterale del corpo dell'utero e dolorabilità alla pressione; sulla presenza di un tumore sito al bordo superiore di uno dei legamenti lati dell'utero, a gran diametro per lo più transverso, squisitamente sensibile.

L'anamnestico quando metta in rilievo una coabitazione di più anni sterile, o un intervallo di parecchi anni da precedenti gestazioni, e, *a fortiori*, se si può stabilire una precedente infezione blenorragica, contribuirà in una certa misura a dar corpo al diagnostico di gravidanza ectopica.

3. Nel caso della cacciata del modulo della mucosa uterina contemporaneamente o non alla constatazione di un ematocele estra od endoperitoneale, o veramente accompagnata da segni conclamati di emorragia interna, la diagnosi può ritenersi per certa tuttavolta che sia preceduto un ritardo menstruale purchessia e uno o più accessi di dolori endopelvici.

L'esame microscopico della mucosa raccolta verrà col suo reperto a conferire maggior peso al diagnostico stesso. Possiamo invero dietro lo studio di parecchi esemplari di moduli mucosi dell'utero in casi conclamati di gestazione tubarica e di membrane dismenorroiche affermare che è sempre possibile differenziare le decidue di gravidanza estra od intrauterina dalle ultime, e all'uopo amiamo riferire le seguenti conclusioni, frutto di lungo e perseverante esame microscopico fatto dal nostro assistente dottore P. Marchesi, intrapreso dietro nostro invito.

I — *Decidua uterina nella gravidanza estrauterina.*

1. Microscopicamente distinguevasi in due strati, uno compatto, superficiale, formato esclusivamente da cellule deciduali di varia forma e grandezza, inframmezzate da molti nuclei piccoli, disposti irregolarmente, attraversato da scarsi condotti glandolari, ed uno inferiore, glandolare o lacunare, formato dalle glandole enormemente aumentate di volume; separate le une dalle altre da trabecole sottili formate da tessùto deciduale, a forma irregolare.

2. L'epitelio delle glandole, meno in rarissime eccezioni, è del tutto sfaldato o almeno scomparso. In sua vece si vedono qua e là poche cellule deciduali, rotonde, in massima, schiacchiate nei punti di reciproco contatto, che mentiscono dei residui di epitelio.

3. I vasi capillari mostransi molto accresciuti per numero e per volume, e senza una speciale disposizione essi arrivano fin sotto la superficie libera della mucosa senza aprirvisi. Or qua, or là vasi capillari confluendo formano delle ampie lacune sanguigne; qualcuno perde la sua parete in mezzo a stravasi sanguigni, grandi, superficiali, in mezzo ai quali trovansi le cellule deciduali dissociate. Essi non di rado si aprono nelle glandole per usare delle loro rispettive pareti.

4. In genere la decidua per gravidanza estrauterina è eguale alla mucosa dell'utero nei primissimi tempi della gravidanza. Le differenze starebbero: *a*) nello strato superficiale che mostrasi meno compatto e più

imbibito di liquido nella gravidanza normale; *b*) nelle cellule deciduali stesse che in quest'ultima appariscono in minor numero e minor volume; *c*) negli stravasi sanguigni, che pur essendo diffusi, nella mucosa di un utero gravido, la copia di sangue è minore; *d*) nei vasi capillari meno numerosi, meno dilatati e meno pieni di sangue; *e*) nel minore contenuto di detriti delle glandole.

II. — *Membrana dismenorroica.*

1. Quantunque meno distintamente, che negli altri distacchi della mucosa uterina, anche in questi casi si possono distinguere i due strati, di cui il superiore è più spesso attraversato da condotti glandolari piuttosto larghi e contenenti alle volte un po' di sangue.

2. Le glandole, per quanto aumentate di volume, non conservano perfettamente sempre il loro epitelio, e se conservato intorno a molte glandole si veggono accumuli di nuclei.

3. Lo strato compatto e le trabecole interglandolari sono formate dallo stroma interglandolare, con cellule connettivali dissociate da imbibizione sierosa, specialmente nello strato superiore; vi si trovano anche delle cellule grandi, rotonde, con nucleo poco colorato, che mentiscono delle cellule deciduali, ma in scarsissimo numero.

4. Gli stravasi sanguigni, diffusi, senza speciale disposizione, si notano nello strato superiore.

5. I capillari sono piuttosto scarsi.

La gravidanza tubarica è fatalmente destinata a terminarsi entro i quattro primi mesi dalla fecondazione.

Esiti. — Non volendo soffermarci a discutere la possibilità che l'ovo venga a morire dopo poche settimane, dissolvendosi in sede e dando appena luogo ad un'ematosalpinge, esito che noi non potremmo rifiutare solo perchè ci manca in proposito ogni qualsiasi esperienza, gli esiti dalla universalità ammessi sono: l'aborto e la rottura tubarica.

La rottura di regola si fa intraperitoneale e solo per eccezione estraperitoneale. In quest'ultimo supposto l'ovo può o no cessare di vivere. Se viene a morire si avrà semplicemente un ematoma intralegamentoso od estraperitoneale, mentre se continua a vivere si avrà una gestazione secondaria estraperitoneale che potrà giungere anche *al* o sorpassare *il* termine fisiologico. Non è però esclusa la possibilità di una rottura secondaria dello involucro peritoneale e conseguente emorragia nel cavo del peritoneo.

La emorragia estraperitoneale è sempre più o meno circoscritta nei confini del legamento lato; la intraperitoneale invece può essere circoscritta da precedenti pseudomembrane, o di nuova rapidissima formazione per peritonite reattiva; può per converso essere libera nel cavo pelvico-addominale. Meno che in quest'ultimo supposto il sangue espanso può venire più o meno rapidamente assorbito e l'ovo incistarsi o pur esso subire tale disgregazione molecolare da venire assorbito. Può perdurare senza troppe alterazioni per molte settimane o mesi, come può infine alterarsi trasmutandosi in pus, che si farà poi strada allo esterno per tramiti fistolosi in vagina, nel retto od altrove.

Cura. — A gravidanza in corso nessuna cura risponde meglio della laparotomia con ablazione della tuba gestante.

Dopo la sua interruzione la laparotomia in primissimo tempo potrebbe trovare la sua indicazione nei casi di emorragia sicuramente diagnosticata endoperitoneale, nessun elemento permettendo al ginecologo di prevedere che la emorragia sia per circoscriversi prima di mettere in serio pericolo la vita della paziente.

Più tardi, quando cioè la emorragia è cessata ed appare circoscritta, che sia intra od estraperitoneale, l'attesa è scientificamente e praticamente imposta.

Subordinato alle ulteriori vicende del caso è e deve essere l'intervento chirurgico riservato al criterio del ginecologo.

La apertura del fornice vaginale, o la laparotomia in secondo tempo, ponno l'una e l'altra trovare la loro indicazione, e dare pressochè uguali buoni risultati.

Doct. **Schmeltz** (Nice):

Du traitement de certaines affections utérines et péri-utérines par les catgut-crins.

On se sert de crins de Florence, bien désinfectés, contournés en anse. qu'enserrent du catgut. On en fait ainsi de toutes les grosseurs. Après dilatation utérine, introduire dans la matrice un de ces catgut-crins qu'un tampon jodoformé immobilise par son introduction dans le vagin.

Une fois dans l'utérus, le catgut se relachant, l'ange se deploie et est maintenue. Le procédé n'a aucun rapport avec ceux de Chéron ou de Boumaire. Il est indiqué dans les métrites chroniques et hémorragiques, après le currettage, dans certaines salpingites non suppurées.

Contre-indications. — Quand on veut drainer la cavité utérine, s'agit il d'un cas simple ou compliqué de l'utérus ou de ses annexes et du paramétrium, il est nécessaire de se rappeler que toutes les inflammations aiguës de la matrice et de ses annexes et les périmétrites aiguës contreindiquent absolument le drainage de cette cavité. Dans tous ces cas, le drainage pourra occasionner des accidents en augmentant l'inflammation existante.

Dott. **A. Barone** (Napoli):

Ematometra ed ematosalpinge in utero didelphis per atresia di uno degli uteri, con vagina unica.

Conclusioni

1. L'utero didelphis con vagina unica ed imperforazione di uno degli uteri è un'anomalia di sviluppo rarissima, e forse non ancora riscontrata, registrando la scienza, a quanto mi consta, solamente casi con vagina doppia; ignoro però se nel caso di Freudenberg dal titolo: *Un caso di utero didelphis con ematometra a destra,* si sia trattato di vagina semplice o duplice, non essendo stato possibile procurarmi il detto lavoro.

2. L'ematosalpinge combinata ad ematometra in utero didelphsi non è stata ancora osservata e descritta.

3. L'ematosalpinge combinata ad ematometra nel caso descritto, aggiunge sempre più valore alla teoria di riflusso dell'ematosalpinge, ammessa da Aron, Bernutz, Braun, Veit, Emmet, ecc.

4. Il ritorno del flusso mestruale dall'utero pervio dopo cinque soppressioni, nel caso osservato, indica che durante l'esistenza dell'ematometra, l'utero pervio non funzionò per la compressione esercitata su di esso dall'utero enormemente disteso.

Prof. **F. Villar** (Bordeaux):

Un cas de grossesse tubaire — Laparotomie au douzième mois — Guérison.

Il semble que la grossesse extra-utérine, longtemps considérée en France comme une affection rare, tende à devenir plus fréquente chez nous. Sans parler des travaux de Pinard à ce sujet, il est facile de trouver plus d'une observation dans les publications périodiques et dans les comptes-rendus des Sociétés savantes de ces dernières années.

Le cas nouveau que je rapporte aujourd'hui, traité par la laparotomie et suivi de guérison, est intéressant à plusieurs titres.

Mme X..., âgée de trente-huit ans, réglée à dix ans, mariée à dix-sept; accouchement normal, un an plus tard; pas de suites de couches.

A vingt-quatre ans, fausse couche et peut-être hématocèle. Tout rentre dans l'ordre au bout de six mois.

Le 21 novembre 1892, règles normales: depuis cette époque, Mme X... n'a plus eu ses règles; par contre, à chaque période menstruelle, elle était prise de crampes d'estomac, de vomissements, de syncopes, ensemble symptomatique rappelant l'éclosion d'une hématocèle péritonéale.

On entend les bruits du cœur du fœtus, au mois de mai, une seule fois, et on ne les a plus entendus depuis. La malade sent remuer, au mois de juin; cette sensation disparaît, au mois d'août et, dès lors, les crises périodiques cessent.

En septembre, métrorrhagie abondante.

On croit la malade enceinte, et on cherche à la faire accoucher, au mois d'octobre.

Je la vois pour la première fois, le 10 novembre 1893.

Etat actuel. — Le ventre est très volumineux; la saillie est nettement plus accusée du côté gauche. Palpation: tumeur arrondie, dure, uniforme, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt; pas de fluctuation ni de choc.

Toucher vaginal: col normal; derrière l'utérus et indépendante de cet organe, je sens une partie très dure rappelant un coude fléchi; pas de ballottement.

L'hystéromètre pénètre dans l'étendue de douze centimètres. Toucher rectal: je sens des parties dures qui donnent la sensation des os du crâne.

L'auscultation de l'abdomen ne révèle rien.

En pressant les mamelons on fait sourdre du lait.

Je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort.

Ce diagnostic s'imposait ici pour les raisons suivantes: 1° durée de la grossesse actuelle; 2° marche de cette grossesse (phénomènes péritonéaux); 3° inefficacité des moyens mis en usage pour faire accoucher la malade; 4° siège latéral de la tumeur abdominale; 5° état du col; 6° hystérométrie; 7° renseignements fournis par le toucher vaginal et rectal.

La laparotomie est pratiquée, le 13 novembre: je tombe sur une tumeur recouverte par l'épiploon qui y adhérait fortement. L'intestin grêle et le gros intestin lui adhéraient aussi.

Je ponctionne, il ne s'écoule rien; j'incise alors la tumeur et je tombe sur un fœtus, dos collé contre la paroi, sans interposition de liquide. La tête du fœtus est enserrée dans un diverticule de la poche.

Le fœtus extrait, je reconnus que la poche était fermée de toutes parts et qu'elle était indépendante de l'utérus.

Ne pouvant extirper la poche, je la fixai à la paroi abdominale, je la marsupialisai, suture de l'abdomen au-dessus et au-dessous.

Suites opératoires fort simples. La poche a marché rapidement vers la guérison, et la malade a quitté Bordeaux, deux mois environ après l'opération.

Le fœtus était beau et bien développé, le placenta atrophié.

L'examen histologique de la poche a démontré qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire; détail à noter: il existait dans la paroi de la poche une zone fibro-calcaire, première étape du lithopédion.

Plusieurs points sont intéressant à noter dans cette observation: la fausse couche à vingt-quatre ans, cause probable de cette grossesse extra-utérine; la marche de la grossesse; l'histoire des bruits du cœur du fœtus, entendus une seule fois; la cessation des crises périodiques et l'apparition d'un écoulement sanguin après la mort du fœtus; la facilité du diagnostic; le volume de l'enfant; la disposition bilobée de la poche fœtale; l'incrustation de la paroi. Un des points le plus curieux c'est la durée de cette grossesse; on sait, en effet, que les grossesses ectopiques arrivent rarement à terme; quant aux cas de grossesses tubaires arrivées à terme, ils sont très rares.

Enfin, la marsupialisation de la poche m'a donné une guérison rapide; c'est évidemment à ce mode de traitement que l'on doit avoir recours le plus souvent dans les cas de grossesse extra-utérine, à moins, bien entendu, que la poche ne soit facilement pédiculisable.

L'observation que je viens de rapporter plaide en faveur de l'expectation dans le traitement des grossesses extra-utérines: mais il ne faudrait pas se baser sur ce cas, qui m'a donné un succès, pour laisser marcher toutes les grossesses extra-utérines; il est des cas où il faut intervenir de bonne heure, ou plutôt il faut, en général, intervenir aussitôt que possible, les grossesses extra-utérines étant, comme on l'a dit, de véritables néo plasmes malins.

Prof. P. **Reynier** (Paris):

Traitement des perforations intestinales et spécialement des perforations rectales au cours des laparotomies pour suppuration des annexes.

Messieurs. Au cours des laparotomies pour suppurations des annexes, le chirurgien peut se trouver en présence d'un accident rare qui lui est impossible d'éviter, et auquel il doit toujours être prêt à obvier, c'est la

perforation de l'intestin. Cette perforation se produit, soit parce que la poche purulente était déjà ouverte dans l'intestin, et qu'en enlevant cette poche on met à découvert l'orifice de communication, soit parce que la poche étant en imminence de s'ouvrir, la cloison qui séparait la cavité intestinale de la cavité purulente est si mince, si fragile qu'en voulant libérer la poche, on la déchire. Or ces perforations peuvent se produire, comme dernièrement le montrait mon cher maître M. Terrier, dans un travail publié par lui et M. Hartmann dans les *Archives de gynécologie*, sur différents points de l'intestin, soit sur une anse de l'intestin grêle, soit sur le rectum.

La thérapeutique et le pronostic, dans ces deux cas, sont très différents.

Lorsque c'est une anse d'intestin grêle qui se trouve lésée, l'anse étant sous les yeux pouvant être amenée dans le champ opératoire, avec des points de suture suivant le mode de Limbert, avec la soie fine, on ferme la perforation aisément, et en laissant un drainage, on se met à l'abri d'accidents ultérieurs tels qu'une petite fistule stercorale, qui se ferme, généralement, spontanément.

Pour mon compte personnel, deux fois j'ai eu à remédier à pareil accident, et mes deux malades ont guéri facilement, l'une sans complications, l'autre avec une petite fistule stercorale, qui guérit rapidement.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 31 ans, que j'opérais, le 23 juin 1891, dans mon service de l'hôpital Tenon, pour une salpingoovarite suppurée double, probablement d'origine gonococcienne. Du côté droit les annexes étaient adhérentes à l'épiploon et à une anse d'intestin grêle. Après avoir vidé, comme je le fais toujours préalablement, la collection purulente par l'aspiration, je me suis mis en devoir de détacher la poche de l'intestin; sur les parties latérales ce décollement se faisait facilement, lorsque, tout d'un coup, je mis à découvert une perforation pouvant admettre un noyau de cerise. Avec quelques points de suture à la soie, je fermai la perforation, et ayant fini d'enlever les annexes malades, j'établis un drainage à la Mikulicz à la gaze iodoformée, drainage que j'enlevai le deuxième jour de l'opération. Ma malade guérit sans accidents et sans élévation de température.

Pour ma deuxième malade, les choses se passèrent de même. Mais chez elle la perforation s'était produite évidemment quelque temps avant mon intervention. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans qui avait eu à dix-neuf ans une grossesse à terme, et depuis cette grossesse des douleurs dans le ventre. En décembre 1891, poussée de pelvi-péritonite, pour laquelle elle faisait un séjour dans un service de médecine de Tenon; en janvier, elle avait rendu du pus par le rectum, et depuis, à certains moments, elle avait des émissions de pus. On la fit passer à la fin de janvier dans mon service, et je l'opérai, le 17 février 1892. A droite je trouvai, adhérente à l'intestin grêle et à l'épiploon, une collection purulente siégeant dans l'ovaire. Après avoir vidé, par l'aspiration, 200 grammes de pus fétide, je séparai la poche de l'épiploon et de l'intestin, soit avec l'ongle de l'index, soit avec la pointe arrondie des ciseaux courbes. La libération faite, je constatai qu'en un point de l'anse d'intestin adhérente, sur une longueur d'un centimètre, les tuniques externes étaient déchirées, et que la muqueuse, présentant une perforation de la grandeur d'une tête

d'épingle, faisait hernie. Huit points de suture fine fermèrent cette perforation. Après avoir fait un lavage à l'eau boriquée, je fermai en plaçant un drain en caoutchouc.

Le troisième jour de l'opération, la malade avait une élévation de température, qui montait à 39° C.; puis la température descendit dès le surlendemain, et resta ensuite à la normale. J'enlevai le pansement le quatrième jour; par le drain s'écoulait un peu de liquide intestinal. Mais je le laissai en place, pendant huit jours. Au bout de ce temps, je crus pouvoir le remplacer par un drain plus petit; l'écoulement du liquide intestinal avait déjà à cette époque disparu. Pendant deux mois, il persista une petite fistule qui se guérit spontanément trois mois après l'opération. J'ai revu depuis la malade, la guérison s'est maintenue parfaite. Il n'y a pas de douleur, pas d'éventration, pas de fistule.

Mais s'il est aisé de mettre des points de suture sur une anse d'intestin grêle, il n'en est plus de même quand il s'agit du rectum. La perforation existe généralement très profondément, au-dessus du cul-de-sac vaginal; et il est malaisé d'aller, à cette profondeur, fermer avec des points de suture cette perforation.

Cette suture est par suite généralement incomplète, et on a à craindre l'issue des matières fécales venant contaminer le péritoine et déterminant une péritonite par infection.

Cette issue est d'autant plus à craindre, que, généralement, dans ces cas, par le fait du voisinage de la poche purulente et du travail inflammatoire qui amène la perforation, il existe presque toujours de la rectite s'accompagnant d'une diarrhée infectieuse difficile à arrêter.

Lorsque la perforation est petite, cachée sous des adhérences, il peut quelquefois suffire d'établir un drainage avec un gros drain et un tamponnement à la gaze iodoformée, pour éviter des accidents. M. Terrier, dans le travail que j'ai déjà cité, nous rapporte une observation où, par ce moyen, il réussit à guérir une petite perforation rectale constatée pendant l'opération, mais qui ne laissait passer que des gaz. A la suite de cette opération, il y eut une fistule stercorale qui d'ailleurs guérit spontanément.

Dans les cas les plus graves, un drainage devient tout à fait insuffisant; il y a issue des matières fécales pendant l'opération et les premières heures qui suivent, et, par ce fait, contamination du péritoine.

En 1891, j'opérai une femme âgée de trente-trois ans, qui, à la suite d'une métrite d'origine gonococcienne, vit survenir une pyo-salpingite.

Je fis la laparotomie, et trouvai une énorme collection purulente située entre l'utérus et le rectum, très adhérente à celui-ci. La décortication finie, comme il s'était écoulé du pus dans la cavité abdominale, je fis un lavage prolongé. A la fin du lavage, je vis tout d'un coup sourdre, au-dessus du cul-de-sac postérieur, au milieu d'adhérences flottantes et désunies par le lavage, adhérences qui tapissaient le rectum, des matières stercorales sortant de celui-ci. J'essayai de placer deux points de suture et de tamponner le petit bassin avec de la gaze iodoformée sortant sur la plaie abdominale. Un drain fut placé sortant par le vagin. La malade mourait quatre jours après, ayant eu une diarrhée que rien n'avait pu arrêter, et à l'autopsie, nous trouvâmes une péritonite par infection, évidemment due à la perforation rectale.

C'est, instruit, malheureusement, par cet exemple, et jugeant que, dans ces cas, le drainage à la Mikulicz est absolument insuffisant pour prévenir l'infection, que je modifiai ma manière de faire.

En mars 1893, j'opérai une femme de quarante-deux ans, pour une salpingo-ovarite suppurée double, qui depuis sa dernière grossesse avait eu des lésions de pelvi-péritonite à différentes reprises; le 10 mars, je lui fis la laparotomie. Je trouvai les annexes à gauche suppurées, la trompe remplie de pus avec un abcès ovarien adhérent de tout côté à l'épiploon, à l'intestin grêle et au rectum; avec l'index j'arrivai à séparer l'épiploon et l'intestin grêle; mais pendant que j'essayais de rompre les adhérences qui unissaient la poche au rectum, je m'aperçus qu'une odeur fécale assez prononcée s'exhalait. La décortication finie, je retirai les éponges qui me servaient à protéger les intestins, et je m'aperçus qu'elles étaient souillées de matières fécales.

Les éponges étant retirées et le doigt introduit dans le rectum, je vis que ces matières faisaient issue par une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes, juste au-dessus du cul-de-sac postérieur.

Je plaçai difficilement dessus un point de suture; mais comme pendant cette manœuvre les matières s'écoulaient en assez grande abondance, et risquaient de contaminer la cavité péritonéale, je me contentai, après un nettoyage aussi soigné que possible, de placer sur la perforation une éponge de la grosseur d'une orange, entourée de gaze iodorfomée, et immédiatement je pratiquai l'hystérectomie vaginale par l'ouverture ainsi faite. Je posai une pince sur l'éponge restée en place sur le rectum, et faisant passer un drain vagino-abdominal, je fermai le ventre avec une suture à deux étages, glace sur le ventre, injections de caféine; le deuxième jour, j'enlevai les pinces vaginales de l'hystérectorium et je fis un grand lavage vaginal au sublimé qui entraîna des matières fécales. Le troisième jour, j'enlevai l'éponge et fis un lavage par le drain vagino-abdominal qui entraînait encore des matières fécales. A partir de ce moment, les lavages continuels furent faits par la plaie vaginale, et sauf le huitième jour, où la température monta probablement par le fait d'un pansement retardé, la malade n'eut jamais plus de 37°.08 de température. Peu à peu l'écoulement stercoral diminua, et le 22 avril 1893, deux mois après son opération, la malade quittait le service, ne présentant plus au fond du vagin qu'une petite fistule stercorale qui donnait, de temps en temps, issue à du liquide intestinal. La malade, six mois après, était complètement guérie de cette fistule, qui s'était fermée spontanément.

Au mois de mai de la même année, le même accident se produisit pour une jeune femme de vingt-et-un ans, entrée dans mon service le 22 avril. En décortiquant une pyo-salpingite, je trouvai les annexes plongées dans une masse épaisse de fausses membranes. Après avoir ponctionné la poche et retiré 300 ou 400 grammes de pus fétide, je séparai péniblement celle-ci du rectum très adhérent et très aminci. Pendant que je divisais ces adhérences, du pus s'écoula dans le ventre, provenant de collections péri-salpingiennes. Les annexes enlevées, comme pour mon autre malade, je trouvai les éponges souillées par des matières fécales, en moins grande quantité toutefois que pour la première, et je m'aperçus qu'il existait une petite perforation pouvant admettre un noyau de cerise, siégeant sur le

rectum juste au-dessus du cul-de-sac vaginal. Cette fois, sans essayer de placer des points de suture sur cette perforation, je renouvelai la manœuvre qui m'avait réussi la première fois; laissant une éponge à demeure sur la perforation, je pratiquai l'hystérectomie vaginale, qui se fait d'autant plus facilement et d'autant plus rapidement (en cinq minutes à peine), que les ovaires sont déjà enlevées et que l'utérus est libéré. Après avoir placé une pince sur l'éponge rectale et après avoir aussi établi un drain vagino-abdominal, je fermai le ventre après un abondant lavage à l'eau boriquée.

Chez cette malade, les suites furent les mêmes que chez la première, si ce n'est qu'elle eut, pendant les premiers jours, une température un peu plus élevée qui ne dépassa pas 38.8. L'éponge fut enlevée le troisième jour, vingt-quatre heures après l'ablation des pinces. Il s'établit une fistule stercorale qui se ferma trois mois après. Elle quitta l'hôpital, en juillet, complètement guérie. Depuis, cette malade est entrée comme infirmière à l'hôpital Tenon, et j'ai l'occasion de la revoir souvent. La guérison s'est maintenue.

En présence des perforations rectales au cours des laparotomies pour suppurations des annexes, je conseille donc, dès que la perforation est reconnue, de ne pas s'attarder à fermer cette perforation par des points de suture difficiles à placer. Il est plus simple de faire immédiatement l'hystérectomie vaginale, et, par l'ouverture ainsi produite, établir un drainage vagino-abdominal, qui permet de faire une désinfection continue du petit bassin, pendant qu'une éponge entourée de gaze antiseptique vient obstruer l'orifice intestinal. Cette éponge s'oppose, d'une manière efficace, à l'issue des matières fécales, et j'en ai eu la preuve, puisque chez mes deux malades il existait une diarrhée infectieuse, qui constituait une condition éminemment défectueuse. En même temps, elle détermine des adhérences qui ferment la cavité péritonéale au-dessus de la perforation; et lorsque, l'éponge enlevée, celle-ci est mise à découvert, les matières stercorales peuvent s'écouler par le vagin sans risquer de contaminer la cavité péritonéale.

Les deux succès que j'ai obtenus en suivant cette conduite opératoire, et qui semblent en prouver la rationnalité, m'ont engagé à la faire connaître.

Doct. **Jeandin** (Genève):

A propos du curettage utérin.

Conclusions

1. Le curettage utérin présente des dangers.
2. Il faut toujours endormir les malades pour cette opération.
3. L'anesthésie écarte les accidents nerveux, facilite l'opérateur, n'a pas de suites prolongées.
4. Il est inutile de faire la dilatation préalable du col; c'est une épargne de temps et de souffrances.
5. Le lavage désinfectant de la cavité utérine, les injections iodées facilitent la rénovation complète de l'organe malade.

Doct. **G. Palazzi** (Modène):

Quelques différences microscopiques entre la sécrétion mammaire de la grossesse et celle après l'allaitement.

C'est à mon maître M. le professeur Fabbri, que je dois l'idée de soumettre à l'étude microscopique la sécrétion mammaire des femmes dans le but de faciliter, s'il est possibile, en certains cas, le diagnostic différentiel de la grossesse.

Voici le problème:

Chez une femme qui a allaité depuis un temps plus ou moins long, il peut se développer un état des organes génitaux, qui nous fait supposer une grossesse survenue. Des mamelles de cette femme nous pouvons faire sourdre un liquide plus ou moins laiteux. Cette sécrétion mammaire tient-elle à une grossesse survenue, ou n'est-elle qu'une suite de l'allaitement déjà épuisé? Suite qui se prolonge quelquefois pendant plusieurs mois, même des années. Ou, enfin, dépend-elle d'un état pathologique des organes génitaux?

Jusqu'à présent n'ayant pu avoir, pour mes études, aucun cas de sécrétion mammaire causée par des états pathologiques des organes génitaux, je me suis borné à étudier les deux autres états, c'est-à-dire la sécrétion mammaire pendant la grossesse et après l'allaitement épuisé.

J'ai examiné la sécrétion mammaire de dix-huit femmes, soit à l'état frais et sans l'addition d'aucun réactif, soit avec le picrocarmin de M. Bizzozero et de M. Weigert.

Mes observations seront publiées en détail; je me borne ici aux résultats principaux.

1. Il existe des différences microscopiques suffisantes pour distinguer la sécrétion mammaire d'une femme enceinte, de celle d'une femme qui, depuis un temps assez long, a fini l'allaitement.

2. Dans les premiers mois de la grossesse, quand le diagnostic est souvent plus difficile, nous trouvons dans la sécrétion mammaire les témoins de la prolification des cellules glandulaires, ce qui est le propre de la grossesse, c'est-à-dire nous trouvons presque seulement des cellules épithéliales nageant dans un liquide très transparent. Ces cellules sont, pour la plupart, bien conservées avec de grands noyaux bien pourvus de chromatine et souvent en voie de division; rarement avec des gouttelettes graisseuses. Même les débris de cellules, qui toutefois existent dans la sécrétion mammaire, sont presque toujours dépourvus de graisse et forment des concrétions de substances granulaires, de notable grandeur, parsemées de nombreux noyaux. Il existe aussi un grand nombre de noyaux libres.

3. Plus tard s'ajoutent les corpuscules de colostrum, comme on les appelle, en groupe, bien pourvus de nucléums. Apparaissent aussi les globules laiteux qui sont généralement en groupe.

4. Au contraire, dans la sécrétion après l'allaitement fini, nous trouvons des faits qui sont en rapport avec l'affaiblissement de la formation du lait. Il n'y a pas de cellules épithéliales bien conservées; les cellules épithéliales sont rares, remplies de graisse et avec des noyaux pauvres de chromatine; pas de concrétions granulaires avec des noyaux; pas, ou presque, de

noyaux libres. Les corpuscules de colostrum sont généralement isolés et bien souvent dépourvus de nucléum. Globules laiteux peu agroupés ou tout à fait isolés.

Prof. E. **Pestalozza** (Firenze):

Sull'epitelio del corion nei suoi rapporti fisiologici e patologici.

È noto come l'epitelio del corion sia diviso nei primi stadii della vita embrionale in due strati, cellulare e plasmodiale. Lo strato cellulare molte volte persiste distinto sino al termine della vita intrauterina, anche all'infuori di condizioni patologiche. Soprattutto però si incontra frequente la sua persistenza nei casi di cisti della placenta che secondo l'A. si trovano per lo meno in un terzo dei casi. Queste cisti hanno costantemente la stessa struttura, risultando il loro contenuto dalla fluidificazione dell'epitelio i cui strati periferici si osservano ben conservati.

È lo stesso processo che dà luogo alla formazione della così detta fibrina canalizzata, e molto spesso anche ad infarti subcoriali di discreto spessore. Oltre che a ridosso della membrana coriale, queste diverse modificazioni dello strato cellulare dell'epitelio del corion si riscontrano molte volte anche attorno ai villi di placente a termine, e in questo caso i villi impigliati in una massa di sostanza amorfa possono risentire una compressione tale da modificarne profondamente la struttura ed anche da abolirne la funzione. Se questo processo si estende ad un gruppo di villi si hanno delle alterazioni diffuse che rispondono all'aspetto di un infarto, di modo che come le cisti, anche molti infarti della placenta sarebbero devoluti alla evoluzione dell'epitelio coriale senza avere un vero significato patologico.

Prof. F. **Vulliet** (Genève):

De l'élargissement par voie autoplastique des rétrécissements du col utérin.

Le but de l'opération que je vais décrire est d'augmenter d'une façon définitive, par voie autoplastique, le calibre du canal cervical, lorsqu'il est rétréci au niveau de ses orifices ou le long de son trajet.

Elle ne peut être indiquée que lorsque ces rétrécissements ont résisté à d'autres modes de traitement et lorsque les symptômes justifient cette intervention qui dépasse en importance les opérations usuelles en pareil cas.

J'ai traité, pendant longtemps, ces malades par les procédés usuels (cathétérisme, dilatation, tiges à demeure, discision, opération de Sims, de Fritsch, de Schröder), mais aucun de ces procédés ne m'a donné des succès satisfaisants dans les cas rebelles, les seuls qui m'occupent ici.

Il y a des raisons qui, selon mon avis, ne peuvent nous permettre d'entretenir des illusions sur leur portée curative.

Un canal, enveloppé de tissus contractils, sans membrane propre, susceptible de lui assurer un calibre fixe, ne peut être élargi d'une façon suffisamment durable pour obvier à la dysménorrhée ou la stérilité, ni par le cathétérisme, ni par le séjour prolongé de corps étrangers dans sa cavité, il revient trop promptement sur lui-même.

La discision est inefficace aussi parce que la contraction concentrique des parois oblige toutes les incisions à se refermer immédiatement ou secondairement.

Quant aux opérations qui comportènt une excision de tissus dans les parois du canal, elles vont à fins contraires de leur but; car le canal ne saurait bénéficier du vide réalisé par une perte de substance qui est aussitôt comblée par la rétraction des parois. Moins les parois sont charnues, plus elles perdent en épaisseur et en périmètre, plus le calibre du canal devient étroit.

Personne ne songe à élargir des manches qui gênent en leur enlevant de l'étoffe.

Ces considérations m'engagèrent à chercher le remède dans une voie diamétralement opposée et à trouver un lambeau, au moyen duquel je pourrais augmenter le périmètre des parois qui enveloppent le canal cervical.

Je crois avoir réussi.

Voici le procédé opératoire:

1. Le col et la paroi supérieure du vagin sont attirés en bas et en arrière, de façon à être bien étalés dans le champ de la vulve, comme s'il s'agissait de faire une colporrhaphie antérieure.

2. Une incision semicirculaire détache la paroi vaginale supérieure de ses insertions sur le col. Cette incision est suivie d'une dissection mousse remontant assez haut sur la paroi antérieure de l'utérus pour la dégager jusqu'au-delà de l'angle de plissure. Il peut arriver que l'incision semicir-

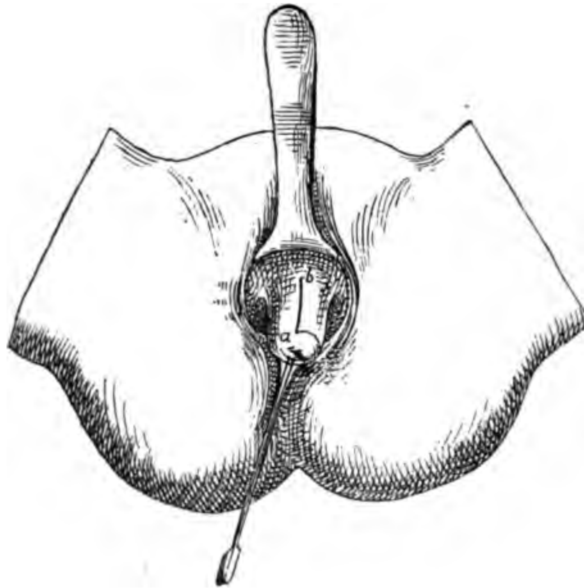


Fig. 1.

culaire ne donne pas un accès suffisant; dans ce cas. il faut mener sur la ligne médiane de la paroi vaginale une seconde incision rejoignant la première par une de ses extrémités et s'étendant par l'autre assez en avant sur la paroi pour

obtenir l'abcès voulu. Après avoir disséqué et écarté les lambeaux de chaque côté, nous aurons une plaie triangulaire, où il sera facile de manœuvrer.

Une sonde introduite dans la vessie permettra de vérifier si le fond de la vessie se présente dans la plaie; dans ce cas il faudra le libérer suffisamment postérieurement et latéralement, pour pouvoir la dévier en avant au moyen d'un écarteur et la maintenir ainsi à l'abri du traumatisme opératoire,

3. Une sonde ou un hystéromètre cannelé est introduit dans l'utérus. Un assistant s'en empare, tourne la cannelure du côté de l'opérateur et au moyen de cet instrument, refoule et fixe l'utérus en avant.

4. L'opérateur, après avoir senti la cannelure avec le doigt, ponctionne au point A (voir fig. 1) la paroi utérine. Quand il sent la pointe du bistouri engagée dans la cannelure, il prolonge l'incision selon la ligne A-B (fig. 1) jusqu'à ce qu'il ait dépassé d'un ou deux millimètres les limites supérieures du rétrécissement.

Ressortant alors le bistouri, il le rentre au point A pour mener de ce point une seconde incision horizontale, ou plutôt en spirale, qui contournera le col du côté gauche et se terminera à l'orifice externe, plus ou moins loin en arrière ou même sur le côté opposé, suivant la longueur à donner au lambeau (fig. 2).

Le lambeau, une fois détaché, aura la forme d'un triangle allongé adhérent par sa base au côté droit du col resté intact, base par laquelle le lambeau sera nourri jusqu'à ce qu'il se soit réuni aux tissus avec lesquels il doit entrer en contact.

La pointe du lambeau saisie par des pinces sera amenée au point B, où elle sera fixée par un point de suture. Le lambeau aura exécuté ainsi une rotation d'un quart de cercle; une ou deux sutures de chaque côté achèveront la réunion du lambeau aux lèvres de l'incision A-B de l'utérus (fig. 3) dont la paroi aura aussi gagné en largeur toute la largeur du lambeau.



Fig. 2.



Fig. 3.

La partie essentielle de l'opération se trouve ainsi terminée; il ne reste plus qu'à clore les plaies d'accès.

Si l'incision en T était préférable à l'incision semicirculaire simple, parce qu'elle donne plus d'abcès vers le champ opératoire, elle sera préférable aussi au point de vue de la clôture définitive des incisions vaginales.

Les avantages découleront du fait qu'il sera facile d'amener au contact le sommet de la plaie vaginale avec le sommet de la plaie utérine: pour cela il suffira de passer les deux chefs du fil placé en B (fig. 2) dans les lèvres de l'incision vaginale, tout près de son extrémité antérieure. Une fois ce fil serré et noué, le paramétrium préutérin se trouvera fermé en haut. Si l'on s'est contenté de l'incision semicirculaire simple, les fils supérieurs deviendront des sutures perdues, ce qui n'est pas sans inconvénients; car il ne faut pas oublier que la plupart de ces matrices sont affectées de catarrhe chronique et que la cavité utérine a été ouverte.

J'arrive maintenant à un point de l'opération qui, logiquement, eut dû figurer au début de ma description. Je l'aborde, maintenant, pour la seule raison qu'il est devenu plus facile à exposer.

Si nous jettons les yeux sur la fig. 3, nous comprendrons aisément qu'une partie du lambeau est destinée à rester vaginale; elle ne doit pas être dénudée. La partie supérieure, par contre, qui se trouvera noyée dans le paramétrium, au-dessus des insertions vaginales, ne pourra contracter des adhérences avec le milieu ambiant que si elle a été préalablement dénudée de sa muqueuse.

L'opérateur, en faisant le plan de son opération, devra avoir ce fait présent à l'esprit: cela lui permettra de dénuder correctement le lambeau avant de le détacher. L'abrasion de la muqueuse, sur un morceau de chair flottant, serait trop longue et trop laborieuse.

Il en est de cette opération comme de toute opération autoplastique: il faut, pour la bien exécuter, deviner les formes et les dispositions qui résulteront de l'arrangement projeté.

Cette opération sera contreindiquée toutes les fois que la cavité utérine sera le siège d'une inflammation virulente intense, mais comme il est rare que l'on puisse obtenir préalablement la guérison complète du catarrhe chronique qui accompagne ordinairement les rétrécissements utérins rebelles, on se trouvera le plus souvent appelé à opérer, malgré les conditions plus ou moins suspectes.

Pour s'assurer les meilleures chances de succès, il faudra irriguer longuement la cavité utérine et le vagin, avant et après l'opération, opérer sous un jet continu et veiller à ce que les sutures réalisent la clôture hermétique du traumatisme.

J'ai exécuté cette opération une seule fois dernièrement.

La partie supérieure du lambeau s'est parfaitement réunie aux lèvres de l'incision utérine en sorte que maintenant l'utérus admet une sonde de gros calibre, alors qu'il était difficilement franchissable au niveau de son angle de ployure, même pour les hystéromètres les plus fins.

On sent à la palpation bimanuelle un élargissement notable à l'endroit où autrefois existait un isthme très étroit. L'utérus s'est redressé d'une façon manifeste.

La restauration anatomique serait complète, si la réunion s'était aussi faite sur le segment vaginal du col, mais à ce niveau sous l'influence des sécrétions catarrhales, les lèvres ne sont pas soudées; elles se sont cicatrisées, chacune de leur côté, en sorte qu'il subsiste une fente du col en avant sur la ligne médiane.

La malade doit revenir pour une retouche, qui consistera à aviver et à recoudre les lèvres de cette lacération.

Je n'ai pas attendu pour décrire mon opération d'avoir rassemblé d'autres cas, parce que j'estime qu'elle est logique, qu'elle est facile et qu'elle ne peut soulever d'objections de la part des chirurgiens, qui exécutent celles des opérations récentes, qui nécessitent le décollement de l'utérus. (Opération de Sänger, Mackenrodt, Dührssen, etc.).

Prof. **F. Vulliet** (Genève):

Des injections intraparenchymateuses d'alcool dans le traitement du cancer utérin inopérable.

Conclusions

1. J'estime que les injections intraparenchymateuses d'alcool absolu constituent un progrès notable dans le traitement symptomatique du carcinome utérin inopérable.

2. Les modifications histologiques produites dans des tissus par ces injections sont de nature telle que la marche du néoplasme se trouve très ralentie, les hémorragies deviennent plus rares et moins abondantes, les pertes sanieuses sont diminuées; l'état général de la malade se maintient dans de meilleures conditions.

3. Sans revendiquer la priorité de ce traitement, je crois que la nouvelle technique que j'ai adoptée en facilitera l'application et donnera lieu à des effets plus énergiques et plus continus.

4. Je pense qu'il sera utile, dans certains cas, de continuer le traitement par des injections d'alcool avec le curettage, la cautérisation au fer rouge ou au chlorure de zinc, en choisissant ce qui convient le mieux au cas en présence duquel on se trouvera.

5. Le mode d'action de l'alcool absolu soit sur le cancer, soit sur les tissus environnants le néoplasme, reste encore à étudier à l'aide de préparations microscopiques et d'analyses bactériologiques, mais on peut d'ores et déjà admettre que ces effets sont dus à la production d'une cirrhose locale.

Doct. **A. Bétrix** (Genève):

Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire pyohématosalpinx à droite, hydrosalpinx à gauche.

Parmi les six malades que j'ai opérées par la ponction ou l'incision des trompes, il en est une qui présente un intérêt tout particulier. Il s'agit, Messieurs, d'un cas de collection tubaire bilatérale, soit d'un pyohématosalpinx droit et hydrosalpinx gauche, traité, le premier, par la ponction suivie du lavage de la poche; le second, par la ponction simple, et dont la guérison consécutive a été suivie de grossesse, laquelle est arrivée, actuellement, sans accident, à son sixième mois.

Voici les détails de l'observation:

Mme B..., âgée de 29 ans, est soignée par moi depuis le mois de juillet 1892.

Réglée à seize ans, très régulièrement, pendant trois à quatre jours, peu abondamment, sans douleur, cette malade a eu trois grossesses à terme et une fausse-couche provoquée de cinq mois. Le dernier accouchement date de cinq ans. Les accouchements à terme, de même que la fausse-couche, n'ont présenté aucune complication; les suites des couches ont toujours été très normales. Une année après son dernier accouchement, elle a subi un curettage utérin et une opération d'Emmet, pour cause de leucorrhée. Depuis lors cette dame a joui d'une santé excellente pendant plus de deux ans, c'est-à-dire jusqu'en juillet 1892, date du début de l'affection dont il s'agira spécialement dans cette observation.

Appelé à cette date chez cette malade, je la trouvai se plaignant de violentes douleurs siégeant dans le côté droit du bassin, douleurs s'irradiant dans la région lombaire et dans la cuisse correspondante, très aiguës, mais intermittentes et accompagnées d'un léger écoulement brunâtre, quoique ce ne fût pas le moment de ses règles: en plus, des nausées, des petits frissons, la température ne dépassant pas 38°.5. Ce premier accès de coliques tubaires dura deux jours, puis apparition des mêmes douleurs pendant le jour précédant les règles. Au mois de septembre, nouvel accès dans les mêmes conditions, et troisième accès au mois d'octobre. Ce dernier se présente sous une forme beaucoup plus violente, les douleurs sont plus aiguës, presque sans rémission, et le traitement antiphlogistique et par les narcotiques ne produit qu'un soulagement insignifiant et momentané. Toute la région est si douloureuse à l'exploration que l'état local ne peut être précisé que d'une façon très approximative. Transport de la malade à la clinique du professeur Vulliet, pendant l'accès des douleurs, et opération dès le lendemain matin; la température est de 38°.6.

26 octobre 1892. — Narcose à l'éther. L'exploration bimanuelle nous donne alors les résultats suivants:

L'utérus, un peu augmenté de volume, est immobilisé et légèrement repoussé à gauche et en avant par une tumeur du volume d'un œuf siégeant à droite et en arrière de cet organe.

La tumeur elle-même est immobilisable; elle semble fluctuante, elle siège à une certaine distance des culs-de-sac et ne fait donc aucune saillie dans le vagin, mais elle bombe fortement dans le rectum, et c'est par là qu'elle est le plus facilement accessible au toucher.

M. le professeur Vulliet, qui examine ma malade avec moi, me fait remarquer à ce moment qu'il existe aussi un certain renflement de la trompe gauche, qui semble contenir aussi du liquide.

Après désinfection des parties externes et du vagin à la solution de soude, puis au sublimé, ponction par le vagin de la tumeur droite, à l'aide d'un trocart de moyen calibre, il s'écoule de suite un liquide sanguinolent, épais, visqueux, couleur lie de vin rouge, trouble et sans odeur. Comme l'écoulement se fait très lentement, goutte à goutte, je l'active à l'aide d'une pression modérée sur la tumeur par la voie rectale, et j'obtiens ainsi, en cinq minutes, l'évacuation presque complète du liquide. Lavage de la poche par la même canule avec une solution tiède de sérum artificiel

(formule Tavel) jusqu'à ce que le liquide de lavage revienne tout à fait limpide; la pression est d'environ un mètre, et vu la petite quantité de liquide que peut contenir la poche, le lavage complet demande assez longtemps; enfin, injection dans la poche d'une très petite quantité de solution phéniquée 3 pour cent et retrait de la canule. L'exploration, après la ponction, permet de constater l'intégrité de l'ovaire droit, qui a seulement été entraîné par la collection tubaire. La quantité totale de liquide évacué est de 35 gr.; lavage et tamponnement vaginal à la gaze jodoformée.

Examen du liquide. — L'examen microscopique démontre l'origine tubaire du liquide; c'est un mélange de sang et de pus; mais l'examen bactériologique, de même que les cultures faites par M. le docteur Dupraz. ancien assistant d'anatomie pathologique, donnèrent des résultats absolument négatifs. La culture spéciale pour gonocoques dans sérum humain, d'après Wertheim, n'a pas été faite.

Les suites opératoires furent très simples. Les douleurs qui avaient été très violentes, pendant la nuit précédant l'opération, cessèrent absolument depuis lors; la température, qui était de 38°.6, le soir avant l'opération, tomba à 36°.8 le soir même. Pulsations 80.

Pendant les jours suivants elle ne dépassa jamais 37°.2.

Changement du pansement le troisième jour, et la malade rentra chez elle le dixième jour.

Revu la malade un mois plus tard. Depuis l'opération elle n'a eu aucune colique tubaire, aucune douleur abdominale quelconque; elle sort chaque jour et fait de longues promenades à pied.

Les règles ont été normales, d'une durée de quatre jours, peu abondantes, sans douleurs ni suintement sanguinolent avant ou après elles. L'utérus est mobile, il occupe sa position normale; en arrière et à droite on sent une zone d'épaississement autour de la trompe, mais la région n'est absolument pas douloureuse. A gauche, on sent encore le renflement de la trompe gauche; il semble un peu plus gros. La malade se plaint d'une leucorrhée abondante.

23 janvier 1893. — La malade rentre à la clinique pour ses pertes blanches.

Narcose au chloroforme. — A l'examen, pendant la narcose, on se rend encore mieux compte de l'état local, l'utérus occupe sa position normale: il est très légèrement incliné à droite, son volume est normal. Dans le cul-de-sac droit il n'existe plus trace de tumeur, la trompe est un peu épaissie et plus rigide; l'ovaire est en place. A gauche le renflement tubaire est du volume d'une grosse noix, en arrière et accolé à l'utérus.

Désinfections des parties externes et du vagin, ponction au trocart fin de la petite tumeur gauche dont il s'écoule un liquide séreux transparent. coloré en jaune, en quantité d'environ 15 grammes. Point de lavage. Curettage utérin et injection jodée. Colpo-périnéoraphie d'après Sänger, pour remédier à un petit prolapsus de la paroi vaginale postérieure, sutures à la soie. Dermatol et gaze. Durée de l'intervention — 40 minutes. Suites très simples. Sortie de la clinique quinze jours après l'opération. Le périné est solide et il maintient absolument le petit prolapsus existant auparavant.

Depuis lors la malade a joui d'une santé excellente: les règles sont régulières. peu abondantes, sans douleurs. Augmentation notable de poids.

Mais ce qui fait, avant toute chose, l'intérêt de cette observation, c'est que, depuis octobre 1893, il est survenu une cessation des règles, due à un commencement de grossesse, et qu'actuellement ma malade est arrivée, sans aucun malaise quelconque, au milieu de son sixième mois de grossesse. Elle a suivi son cours régulier et normal.

Quinta Seduta.

4 Aprile 1894, ore 8.45.

Presidente: Prof. Mueller (Berna).

Dott. **C. Ferraresi** (Bologna):

Contributo all'anatomia normale e patologica delle trombe di Falloppio.

Approfittando di un ricco materiale ho praticate delle ricerche dirette a chiarire alcuni punti controversi dell'istologia normale e patologica delle trombe di Falloppio.

La porzione interstiziale non è curva e la apparente deviazione del lume dalla direzione rettilinea, verso il suo estremo addominale, è dovuta all'angolo che fa il segmento estrauterino della tromba, non sostenuto, colla parte fissa intramurale. Infatti la parete superiormente diminuisce di spessore allontanandosi dall'utero, progressivamente, in modo regolare. Nel feto, alla metà del quinto mese, la porzione detta si vede cominciare dalla insenatura collocata sopra la piega più alta del cavo utero-vaginale, da un lume a forma di fessura (longitudinale in sezione trasversale) con un prolungamento laterale. Il lume è ampio relativamente a quello dell'età adulta. Si riconosce già la disposizione circolare, concentrica al lume, dei nuclei delle fibre muscolari. Ho rilevato due volte (nel feto a termine e nel primo anno di vita estrauterina) la torsione del canale intramurale, descritta da Klob, ma solo al lato destro, in entrambi i casi. Nell'adulta il lume infundibolare ovale passa in quello tubarico stellato (a 3, 4 rilievi), e quest'ultimo continua senza restringimenti apprezzabili: a questo livello cessano le ghiandole uterine che sono disposte intorno alla cavità infundibolare come le setole attorno al manico di un pennello. In condizione di gravidanza l'infundibolo ha superficie meno liscia, tappezzata di epitelio cilindrico basso.

Nella porzione estrauterina l'epitelio cilindrico ciliato cresce in altezza dalla base alla cima delle pieghe della mucosa. Queste differenze in altezza sono accentuate, apparentemente, dalla mobilità della piega, maggiore alla cima che alla base, fissa alla parete muscolare, perciò meno spostabile nella preparazione. Questo fatto, con la situazione dei nuclei ineguale, con uno spessore eventualmente forte delle sezioni, spiega, come a qualcuno, anche recentemente, l'epitelio potesse sembrare stratificato. Le cavità pseu-

doglandolari della mucosa non sono dirette solo in senso parallelo al lungasse della tromba, ma anche in altri sensi, come dimostrano i tagli in serie longitudinali. L'iperplasia connettivale dell'intima dei vasi può assumere anche in trombe normali un grado molto elevato. Nello sviluppo fetale lo spessore delle pareti della tromba non è proporzionale all'ampiezza del lume, ma la supera. La più sensibile modificazione gravidica consiste nella ipertrofia e iperplasia dello strato esterno muscolare (longitudinale).

Tra le anomalie di formazione della salpinge ho considerato le appendici fimbriate, le cisti sessili e peduncolate, gli ostii soprannumerarii. Tra questi ultimi colloco come tipi rudimentali i casi di padiglione che ho osservato e denominato « a doppio centro di irradiazione », dove cioè le pieghe e le frangie sembrano partire da due centri diversi, uno dei quali, ordinariamente il più basso, contiene l'ostio addominale. Le appendici che si trovano frequentemente in rapporto con gli ostii accessorii e colle formazioni cistiche presentano una perfetta analogia istologica con le fimbrie maggiori del padiglione. La loro sede è quella comune alle cisti ed agli ostii, la metà addominale della tromba; le loro dimensioni sono molto varie. Per aderenza tra loro, queste appendici costituiscono cavità chiuse, nelle adiacenze del padiglione, le quali gradatamente assumono l'aspetto di cisti. Le fasi di questa trasformazione, riferibili principalmente all'epitelio, che da cilindrico ciliato semplice diventa cubico, poi molto basso a nuclei rotondi (da ovali che erano), e ammassato a tratti in guisa da assumere uno spessore di 40 μ dove la media è di 8 μ, sono dimostrabili in numerosi preparati. In un caso di tromba nella quale ho descritto fino a sei ostii accessorii, un'appendice in prossimità di uno degli ostii aderisce coi bordi alla parete, costituendo un lume del tutto esterno alla tromba. Anche rispetto alle cisti peduncolate, le appendici fimbriate presentano la massima importanza. Ho potuto osservare parecchie fasi della loro evoluzione, nella vita fetale: il peduncolo non è mai canalizzato; le cisti che, macroscopicamente, non hanno apparenza frangiata, in sezioni presentano il passaggio da semplici fimbrie libere, come nei padiglioni terminali delle appendici non canalizzate, ad uno spazio semichiuso ove le fimbrie verso la loro estremità si vanno avvicinando e finalmente aderiscono. A questo livello si ha l'aspetto di una sezione obliqua di tuba fetale con numerose pieghe nella mucosa; l'epitelio di rivestimento in tutto analogo a quello della faccia interna del padiglione, comincia a presentare, a tratti, le modificazioni caratteristiche delle cisti. Ho potuto sorprendere queste formazioni anche nella cisti appartenente ad una fimbria ovarica adulta. L'arrotondamento del peduncolo e della sua estremità non ha forse ancora sufficiente spiegazione, ma il già detto parmi bastevole a far comprendere il processo di formazione della *idatide* di Morgagni, che non sarebbe dunque nè un prodotto patologico, nè l'estremo chiuso del canale di Müller, ma il prodotto di adesioni di fimbrie di appendici accessorie. Queste ultime, a loro volta, sono originate, verosimilmente, da irregolarità nel processo della formazione delle frangie (il padiglione si origina da orli primitivamente lisci) posteriore a quello di chiusura della doccia Mülleriana. È da notare che queste formazioni si trovano per lo più collocate verso la parte superiore delle salpingi, ma disposte irregolarmente, non sopra una linea

unica. Ciò è spiegabilissimo col processo di torsione illustrato da Freund, durante il quale i diversi punti della superficie tubarica vengono necessariamente spostati l'uno in rapporto all'altro, scomparendo così la linea primitiva di impianto.

Dalla genesi delle cisti tubariche, qui supposta, e alla quale non intendo attribuire un valore generale assoluto, escludo naturalmente molte delle cosiddette cisti ovulari: quantunque le abbia rinvenute anche in casi a padiglione normale, in seno ai tessuti profondi del padiglione e in rapporto con altre formazioni cistiche riferibili indubbiamente ad altra origine e in sedi che non vengono in contatto coll'ovaio, pure furono frequentissime in casi di padiglione anomalo, di ovaia non funzionante, e mancanti nei feti. Perciò la origine ovulare in questi ultimi casi pare ancora ammissibile.

Dott. **G. Piccoli** (Napoli):

Proposta di un nuovo processo per la cura conservatrice della inversione cronica dell'utero puerperale.

Riferisce la storia di un caso di inversione cronica dell'utero, verificatasi, per trazioni fatte sul cordone, nel parto avvenuto 11 mesi innanzi, il 24 gennaio 1893, in donna che, in 5 anni di matrimonio, aveva avuto due aborti e due gravidanze giunte a termine, e seguite da parti spontanei.

Le gravi e continue perdite di sangue avevano ridotto la donna in tale stato di anemia, da impedirle di muoversi. Nessun tentativo di riduzione era stato fatto in antecedenza, perchè la inversione era rimasta sconosciuta.

L'O. tentò per 15 giorni la riduzione lenta mercè il colpeurynter, senza ottenere alcun risultato; chè anzi le perdite di sangue aumentarono, e per arrestarle fu costretto ricorrere allo zaffo vaginale con gazza sterilizzata.

Le nuove perdite di sangue peggiorarono moltissimo le condizioni generali della donna, la quale non poteva più sollevare la testa dal cuscino senza avere lipotimie; cosicchè tanto lei che i suoi parenti reclamarono un trattamento sollecito e sicuro.

In tali condizioni l'O., il 19 dicembre 1893, dopo aver preparato tutto per la isterectomia vaginale, e cloroformizzata la paziente, cominciò col tentare la reinversione con diverse manovre di taxis, che riuscirono inutili.

Temendo allora, a causa della grave anemia, la cloroformizzazione molto prolungata, fissò il corpo dell'utero inverso con laccio elastico, e portatolo alla vulva incise largamente e trasversalmente il fornice posteriore. Aperto lo spazio di Douglas, introdusse l'indice della mano sinistra nell'infundibolo dell'utero inverso, che trovò libero da aderenze, e tolse il laccio elastico. Fece nuovi tentativi di riduzione fissando con l'indice ed il medio, dallo spazio di Douglas, il cercine dell'infundibolo dell'inversione, cercando di allargarlo, e col pollice della stessa mano di reinvertire o il fondo, o la parete anteriore, o la parete laterale, ma inutilmente.

Cominciò allora a tagliare, nella linea mediana, la parete posteriore del collo dell'utero e poscia del corpo, facendo a volta a volta nuovi tentativi di reinversione, che riuscirono sempre inutili, anche quando la divisione della parete posteriore dell'utero, in tutta la sua spessezza, fu prolungata

fino a 2 centimetri dal fondo. A questo punto l'O. non si credette autorizzato a prolungare oltre la incisione, ed aperto il fornice anteriore, procedette alla istero-ovariectomia totale, con ligatura parziale continua dei legamenti larghi, con ligatura isolata delle arterie uterine ed ovariche, mediante seta asettica, e chiusura dei fornici con punti di sutura staccati vagino-peritoneali col catgut.

La perdita di sangue durante questi atti preparatorii fu insignificante. La donna guarì, ed attualmente sta benissimo, essendosi riavuta anche della grave anemia in cui si trovava.

Dopo l'operazione, cercando di reinvertire l'utero asportato, non fu possibile; però prolungando la incisione fino al fondo la riduzione fu facile.

Da questo caso clinico deduce, che l'ostacolo alla riduzione delle inversioni croniche è dato dalla rigidità delle pareti, e dalla angustia e resistenza di tutto lo infundibolo della inversione.

Riusciti vani i tentativi di taxis, non resterebbe che la isterectomia.

Non parla del metodo di Thomas, che egli crede non debba preferirsi, non ostante gli sforzi del D'Antona e del Cosentino per rimetterlo in onore. Le incisioni parziali, più o meno estese, del collo o del corpo dell'utero, senza comprendere il peritoneo, alla maniera di Millot, Barnes, Duncan ecc., ed in generale non accettate, sono insufficienti. Accenna all'operazione di Bernard Brown (1884), che non accetta, perchè non toglie le difficoltà e non garantisce dalla emorragia.

Passa quindi a parlare del processo di Küstner, che differisce dal suo, perchè il Küstner vuole che la divisione della parete posteriore dell'utero cominci a due centimetri dal fondo, e termini a due centimetri dall'orificio esterno. Questa operazione del Küstner, che ebbe esito felice, non era a conoscenza dell'O. quando ebbe a curare il caso da lui riferito. Se ne avesse avuto notizia, non avrebbe esitato a prolungare la incisione fino al fondo dell'utero.

In ogni modo, la precedenza del metodo spetta al Küstner, e l'O. si limita a sottoporre al giudizio dell'illustre Congresso la proposta del suo processo, che è il seguente:

Nelle inversioni non riducibili col taxis:

1. Asepsi del canale genitale, abbassamento dell'utero inverso col laccio elastico, ed eventuale raschiamento della mucosa uterina.

2. Larga apertura dello spazio di Douglas, con incisione trasversale del fornice posteriore della vagina.

3. Nuovo tentativo di reinversione, e, non riuscendo, incisione nella linea mediana, e per tutta la spessezza, della parete posteriore del collo e del corpo dell'utero, fino al fondo, se è necessario, e reinversione dell'organo.

4. Sutura della ferita della via peritoneale, con punti staccati.

5. Riposizione dell'utero e chiusura dello spazio di Douglas con punti di sutura.

6. Riservare la isterectomia ai casi di emorragia non facilmente frenabile dalla superficie di taglio.

Dice le ragioni perchè bisogna preferire la incisione della parete posteriore, anzichè dell'anteriore. Ne enumera i pericoli prossimi e remoti, e conchiude che questi non devono imporre, ed in ogni caso la clinica darà il suo giudizio.

Dr. **P. Müller** (Bern):

Ueber Missbildungen des Uterus in geburtshilflicher Beziehung.

Vortragender ewähnt ganz kurz das Resultat langjähriger Untersuchungen des Uterusgrundes bei Schwangeren und Kreissenden. Er fand überraschend häufig geringgradige Missbildungen des Fundus, hauptsächlich Uterus arcuatus, seltener Uterus incudiformis, aber auch Obliquitas uteri quoad formam. Sie werden fast nur erkannt bei künstlich hervorgerufenen oder natürlich eintretenden Contractionen in der Gravidität und bei der Geburt.

Diese Missbildungen haben nicht bloss wegen ihrer Häufigkeit, sondern auch desshalb Interesse, weil sie vergesellschaftet sind mit einer mangelhaften Entwicklung der Uteruswand an der Stelle des Ansatzes der Tuben. Bei der Contraction des Uterus drängen sich diese Parthieen blasenförmig vor. Sie stehen zuweilen im Zusammenhange mit Atonia uteri (Wehenschwäche und Nachgeburtsblutungen); ferner kommen sehr häufig hiebei Beckenverengerungen vor: hauptsächlich platte Becken, seltener allgemein verengtes Becken; seltener ist das Becken vollkommen normal.

Vortragender fordert die Fachgenossen auf, diese Missbildungen auf ihre Häufigkeit und Bedeutung für den Geburtsverlauf näher zu prüfen, wozu sich jetzt, wo man der äussern Untersuchung mehr Aufmerksamkeit schenkt, reichlich Gelegenheit bietet.

Dr. **Fritz Frank** (Köln):

Die Lehre der Drainage der Bauchhöhle.

Schlussfolgerungen

1. Wenn auch Schluss der Bauchhöhle das zu erstrebende Ideal ist, so können wir es bei den schwierigsten Fällen nicht immer erreichen, wir müssen drainiren;

2. Die Drainage darf als nur so aufgefasst sein, dass wir den gefährlichen Theil der Bauchhöhle von dem ungefährlichen trennen durch Anlegen einer Abkapselung und den abgekapselten Raum offen behandeln, entweder durch Drainageröhre, oder vielleicht noch besser indem wir ihn mit sterilisirter Gaze ausstopfen;

3. Glauben wir bei verdächtigen Fällen die Bauchhöhle vollständig schliessen zu können, so soll man vor dem Schluss sich durch Anlegen der Abkapselung zu schützen suchen;

4. Die Abkapselungen sind in der Bauchhöhle leicht anzulegen, ganz besonders leicht ist es das Kleinbecken von der übrigen Bauchhöhle abzuschliessen vermittelst des Mesenterium des Rectums und Colons;

5. Der Bardenheuer'sche Querschnitt ist für die Abkapselungen im Becken sehr geeignet, die Nachtheile desselben nur scheinbare.

Dr. **J. Amann** (München):

Ueber Hystogenese der Endometritis.

Die Behandlung der Präparate von curettirten Uterusschleimhautstücken in der Weise dass die Karyokinesen exact fixirt werden, ergab mir folgende Resultate. Der Mitosenbefund ist oft in den verschiedenen Präparaten des nämlichen Falles ein sehr wechselnder, so dass man auch hier wie bei anderen Organen ein schubweises Auftreten der Mitosen anzunehmen gezwungen ist. Bezüglich der Frage, inwiefern die chronische hyperplasirende Endometritis mehr als Entzündung oder als Neubildung aufzufassen ist, weisen meine Befunde mehr auf letztere Auffassung hin.

Bei den sogenannten interstitiellen Formen der Endometritis findet sich eine ungeheuere Menge von Mitosen in den Zellen des stratum proprium mucosae und in den Endothelien der kleinsten Gefässe. Die Mitosen der Zellen des Stratum propr. zeigen im Allgemeinen reguläre Structur, imponiren aber gewöhnlich durch ihre Grösse; an den Stellen, an welchen eine grosse Masse von Mitosen vorhanden ist, erkennt man an denselben eine ziemliche Chromatinarmut, ferner schien in manchen Fällen die Zahl der Chromosome vermindert, dagegen die einzelnen Chromosome dicker.

Die Mitosen der Endothelien der Capillaren zeigen in der Knäuelform noch spindelförmige Gestalt, ragen dagegen in der weiteren Entwicklung weiter gegen das Lumen vor. Durch diese starke Proliferation wird eine gewisse Brüchigkeit der neugebildeten Gefässe zu Stande kommen und zum Theil die Neigung zu Blutungen erklären.

Die Mitosen der Drüsenepithelien zeigen im Knäuelstadium noch längliche Form, wobei die Zelle oft gegen das Lumen der Drüse vorragt. Der Diaster rückt gegen das Lumen der Drüse zu vor, da er im Bereich der basal stehenden dicht gedrängten Kerne keinen Platz findet; bemerkenswerth hiebei ist jedoch, dass bei der gewöhnlichen Endometritis die Theilungsaxe der Zellen stets senkrecht zur Längsaxe der übrigen Cylinderzellen steht, so dass nur eine flächenhafte Proliferation entsteht. Auch hier kommt manchmal Chromatinarmut in den einzelnen Stadien vor. In den Fällen der sogenannten glandulären Endometritis zeigt das Deckenepithel fast gar keine Proliferationsvorgänge.

Dagegen gibt es eine Form der Endometritis, in welcher die Proliferation fast nur auf das Deckepithel beschränkt ist. Hiebei tritt eine gewisse Ablenkung der Theilungsaxe ein, die sich bis zur parallelen Stellung zur Längsaxe der übrigen Cylinderzellen steigern kann. Die Proliferation ist dann keine flächenhafte mehr, sondern eine haufenartige, so dass allmählig Plattenepithel entsteht (sogenannte Psoriasis uterina); hiebei zeigen sich sehr grosse Mitosen: in einem Falle fand ich eine multipolare Mitose.

In den Lymphbahnen, im Blut und auch auf der Durchwanderung durch die Schleimhaut, Drüsenepithel und Deckenepithel fand ich vielfach Lymphocyten in mitotischer Theilung und zwar scheint die Diasterform die gegen die Fixirungsflüssigkeiten resistenteste zu sein, da sie am häufigsten gefunden wird. Dass es sich wirklich um Lymphocyten handelt wird deutlich erkannt aus dem bedeutenden Grössenunterschied gegenüber den Stratum-proprium-Zellen-Mitosen und Epithelmitosen, aus der Ver-

klumpung der Chromosome und besonders aus der Localität in der sie gefunden wurden, so in Mitten eines Gefässes, förmlich im Blut schwimmend, etc.

Die grosse Masse der Mitosen und deren Chromatinarmut, etc., bei Endometritis sind keineswegs Zeichen einer malignen Proliferation, an welche man fast im ersten Augenblicke denken möchte.

Es ist nöthig bei diesen Untersuchungen stets exact fixirte Präparate in lückenlosen Serien zu studiren.

Prof. **von Winckel** (München):

Ueber congenitale solide Neubildungen der Nabelschnur.

Professor v. Winckel demonstrirt einen Fall von angeborenem telangiectasischem Myxosarcom des perennirenden Theiles der Nabelschnur und stellt auf Grund desselben und der bisher beobachteten anderen vier Fälle ähnlicher Art von Maunoir, Lawson, Gerdes-Virchow und Kauffmann-Lissner folgende These auf:

I. Die bisher beobachteten soliden Nabelschnurgeschwülste waren meistens telangiectasische Myxosarcome.

II. Man kann unter denselben centrale und periphere oder laterale unterscheiden.

III. Je nach dem Gewebe, von welchem sie ausgehen — sie sitzen in der Regel im oder am perennirenden Theil der Nabelschnur — scheinen die Wharton'sche Sulze, die Gefässe (Urachuscapillaren, vasa omphalo-meseraica) jener Stelle, Lymphgefässe und cutis, bald mehr, bald weniger betheiligt zu sein.

IV. Gegenüber der grossen Praedisposition, welche nach der Auffassung Cohnheim's gerade die Gegend der Nabelstrangeinsenkung am Bauche haben sollte, ist das Vorkommen von Tumoren dieser Stelle im in- und extrauterinen Leben so enorm selten, dass die Cohnheim'sche Theorie zur Erklärung derselben nicht ausreicht.

V. Die genauere Untersuchung der bisher bekannt gewordenen fünf Fälle lehrt zur Evidenz, dass bei ihrer Entstehung besondere Circulationshindernisse und Traumen eine Rolle gespielt haben können.

VI. Nach der Geburt können jene Geschwülste rasch wachsen.

VII. Daher ist schleunige radicale Exstirpation derselben mit Messer oder Paquelin, eventuell mit Excision des Nabelringes unerlässlich und kann rasche und dauernde Heilung erzielen.

Dott. **M. Mauri** (Spezia):

L'ovariotomia nella pratica privata.

L'A. rileva la sentenza del Lawson Tait che stabilisce: l'ovariotomia non doversi, tranne i casi urgenti, eseguire che in ospedale o in appositi stabilimenti ove si abbiano a disposizione infermieri abituati a curare tali operati. La combatte come soverchiamente restrittiva e aristocratica traendo argomenti per sostenere la sua tesi dalla storia dell'ovariotomia e dalle leggi della evoluzione del pensiero.

Premesso quindi il processo di antisepsi seguito, illustra i seguenti undici casi di ovariotomia da lui eseguiti con felice successo. I quali hanno tanto maggior valore in quanto con essi l'A. esordisce alla pratica delle ovariotomie, e lo fa in case private, assistito da colleghi non pratici di queste operazioni, e lasciando le operate alle cure dei parenti.

Caso I. — Alluisini Gelmira, di S. Stefano (Magra).

Malata da tre anni.

Diagnosi attuale. — Residui di parametrite posteriore e conseguente antiflessione uterina irriducibile, prolasso dell'ovario sinistro e ovarite corrispondente, atrofia del connettivo dei parametri.

Cura. — Non essendo accettata l'istero-ooforectomia, si raddrizza l'utero con settanta sedute di massaggio, e si pratica l'ovariotomia vaginale.

Esito. — Guarigione chirurgica in quindici giorni. Guarigione dei sintomi per tre mesi in capo ai quali si ristabiliscono la flessione uterina e i disturbi relativi.

Caso II. — Maria Misoch, di Livorno, di anni 51, ballerina.

Diagnosi. — Tumore fibro-cistico dell'ovario destro, a sviluppo in parte estraperitoneale, volume di un utero a termine di gravidanza, due litri di liquido.

Cura. — Ovariotomia.

Esito. — Guarigione per prima intensione; lascia il letto la quindicesima giornata.

Caso III. — Rossi Celestina, di Madrignano (Calice al Cornoviglio), di anni 40, contadina.

Malata da quattro anni ed esausta per profuse ed infrenabili metrorragie.

Diagnosi. — Fibroma della parete posteriore e retroversione uterina.

Cura. — Ablazione degli ovari e isteropexis addominale col processo di Sänger modificato.

Esito. — Guarigione per prima intensione. Polmonite fibrinosa in decima giornata, guarigione definitiva e completa in due mesi.

Casi IV e VIII. — Maria Massà, di Spezia, di anni 37, sta a bottega. Soffre da sette anni.

Diagnosi. — Difficile anche al mio illustre maestro, il professor Mangiagalli, per esagerato sviluppo delle pareti addominali adipose. Si rileva metrite cronica con residui di parametrite posteriore.

Cura. — Si tenta l'amputazione del collo dell'utero. Riesce infruttuosa. Sei mesi dopo si tenta l'istero-ooforectomia vaginale. Si estrae coll'utero un ovario; l'altro non si raggiunge. I disturbi persistono immutati. Dopo altri sei mesi si pratica l'ovariectomia laparotomica e si asporta lo ovario ancora esistente, che si trova fisso per false membrane alla fossa iliaca interna, vicino alla sinfisi sacro-iliaca destra.

Esito. — Guarigione per prima delle tre operazioni, e guarigione completa dei disturbi dopo la terza.

Caso V. — Marra Maria, di anni 42.

Diagnosi. — Pachisalpingite o salpingite cronica ipertrofica, e ovarite suppurata. Le trombe tanto sviluppate da simulare, all'esame bimanuale, un fibromioma; misurano nella loro parete 12 mm. di spessore.

Cura. — Ovaro-salpingectomia bilaterale. Estese aderenze coll'intestino. Durata dell'operazione ore due e mezzo.

Esito. — Guarigione per prima; lascia il letto la quindicesima giornata.

Caso VI. — Rocco Artemisia, di Castelnuovo dei Monti, di anni 28, di professione sarta.

Diagnosi. — Fibroma utero-tubarico con degenerazione sclero-cistica dell'ovario a destra. Piosalpinge in via di degenerazione grassa con cirrosi dell'ovario a sinistra.

Convulsioni istero-epilettiche gravissime. Dismenorrea dolorosissima.

Cura. — Fibromiomectomia e ovaro-salpingectomia bilaterale.

Esito. — Guarigione per prima; lascia il letto la tredicesima giornata. In seguito mestruazioni regolari. Scomparsa completa di ogni disturbo.

Caso VII. — Bongi Maria, di Bigliolo (Aulla), di anni 26, contadina.

Diagnosi. — Prolasso dell'ovario e ovaro-salpingite a sinistra. Degenerazione cistica dell'ovario a destra.

Cura. — Ovaro-salpingectomia bilaterale.

Esito. — Guarigione per prima intensione.

Caso IX. — Gaschi Teresa di anni 25, di Alessandria (Piemonte), malata da diciotto mesi a seguito di un aborto.

Diagnosi. — Periovaro-salpingite bilaterale.

Cura. — Ovaro-salpingectomia bilaterale.

Esito. — Guarigione chirurgica per prima. Persistono convulsioni istero-epilettiche preesistenti, ma molto diminuite. Le mestruazioni durante la malattia scarsissime e dolorosissime, dopo l'operazione si fanno abbondanti e non dolorose.

Caso X. — Alaria Anna, di anni 25, di Lié Canavese (Ivrea), moglie ad un operaio del R. Arsenale.

Nelle gravidanze soffre di turbe nervose gravissime che ne mettono in pericolo la vita, e necessitano la provocazione dell'aborto al secondo mese.

Diagnosi. — Degenerazione sclero-cistica dell'ovario sinistro. Ciste del legamento largo a destra.

Cura. — Ovaro-salpingectomia bilaterale per compiacenza.

Esito. — Guarigione per prima.

Caso XI. — Andreoni Giulia, di Calice al Cornoviglio, di anni 27, contadina.

Diagnosi. — Degenerazione sclero-cistica degli ovari.

Cura. — Ovaro-salpingectomia bilaterale.

Esito. — Guarigione per prima.

Signori, questi che ebbi l'onore di esporvi son pochi casi; ma per le circostanze che li accompagnarono, per gli esiti che ne seguirono son tali, a parer mio, da giustificare il mio appello a questo illustre consesso perchè la sentenza del Lawson Tait sia revocata.

Dott. **B. Pozzoli** (Parma):

Parto prematuro e taglio cesareo nell'istituto ostetrico di Parma.

Per la relazione che il parto prematuro e il taglio cesareo hanno con la sinfisiotomia riferisco i risultati di queste operazioni ottenuti dall'istituto ostetrico di Parma (prof. Calderini). Dal 1878 a oggi il parto pr. art. fu praticato 53 volte, 19 per stenosi pelviche, 34 per malattie della donna. Le C.V oscillano fra 67 (una volta sola) e 82, per lo più da 75 ad 82; per lo

più trattasi di bacini rachitici totalmente ristretti; in un soggetto osteomalacico si fece il parto prematuro in una gravidanza, l'operazione Porro con successo nella seguente. Delle donne nessuna morì (mortalità materna nulla). Dei bambini 14 nacquero vivi e 6 gravemente asfittici non si poterono riavere (il 5 per cento); dei 6 morti 3 vennero estratti pel podice, 1 con versione podalica, 2 con trazioni prolungate col forcipe. Dei bambini nati vivi parecchi morirono nel primo anno di vita. Delle donne operate per malattie (nefriti gravidiche, marasma da vomito, placenta previa, malattie di cuore) morirono 7 (il 20 per cento). Dei bambini (35, un parto fu gemellare) nacquero morti 9 (25 per cento); 4 di essi furono estratti dopo versione bipolare. Tagli cesarei ne furono eseguiti 8, quattro di essi con indicazione relativa (C. V. 68-75). Quattro furono fatti col metodo Porro, quattro con la conservazione (Sänger-Leopold). Due operate col metodo Porro per osteomalacia guarirono anche della malattia e prontamente manifestarono il miglioramento. Delle operate alla Sänger una morì per collasso da dilatazione del cuore destro e insufficienza della tricuspide; un'altra ingravidò un'altra volta, ma volle il parto prematuro; il bambino nato vivo morì poco dopo. Dei bambini estratti col taglio cesareo uno solo morì per asfissia. Due delle operazioni col consenso del prof. Calderini furono eseguite da me, e pure per suo consenso furono da me eseguiti parecchi parti prematuri. Oltre ai tagli cesarei fu eseguita una operazione Porro, sempre con fissazione del peduncolo alle pareti, in un caso di rottura di utero. Un solo caso, recente, conta l'istituto, di sinfisiotomia con salvezza della donna e del feto.

Dott. **F. Vassalli** (Lugano):

A rivendicazione del primo caso di gravidanza seigemellare.

Rammenteranno, onorevoli signori, la notizia recata nell'estate del 1888 dai giornali politici dapprima e da parecchi periodici scientifici di poi, di ***un caso di gravidanza seigemellare***, osservato e pubblicato dal dottor Vassalli in Lugano.

Mentre il fatto ci sembrava dovesse entrare nel dominio della scienza e per l'abbondanza dei testimoni, tutti viventi e fededegni (quattro medici ed il padre, sindaco del paese), venire accettato da tutti come indiscutibile, appariva, oltre un anno dopo, un lavoro del dottor Guzzoni, la cui conclusione suonava: « non essere scientificamente accertato nella razza umana alcun caso di gravidanza seigemellare. » Di conseguenza il dottor Guzzoni (il quale, appena avuto sentore dell'evento, con lettera 14 maggio 1888 si congratulava con noi « per la fortuna di legare il nostro nome nella storia dell'ostetricia al primo caso di gravidanza seigemellare, » e nello stesso tempo ci pregava di mandare a lui i feticini ed i punti più salienti del caso, che lo avrebbe pubblicato in testa ad un suo lavoro, già pronto, sulle gravidanze multiple) era giunto a tale conclusione non già perchè nutrisse alcun dubbio sull'onorabilità di chi aveva presenziato l'avvenimento, dall'estrazione del primo feto sino al completo secondamento, non già perchè i fatti, dallo stesso signor Guzzoni raccolti *in loco* (inchiesta), comunque infirmassero la narrazione del dottor Vassalli, non già perchè i feticini avessero mostrato al suo minuzioso esame *qualche differenza* da lasciar pensare potersi trattare di

qualche truffa di nuovo genere, *ma bensì perchè la placenta*, per lui l'unico pezzo giustificativo del parto seigemellare, *non era stata conservata*, essendo stata lacerata in più punti.

Tanto strano ci parve questo procedere che, fidenti nella bontà della causa, tranquilli per avere con scienza e coscienza narrato il fatto conforme alla verità, ci siamo lusingati che l'onorabilità ed attendibilità nostra e di altri tre colleghi, tutti viventi, avrebbe finito per annientare un così singolare atto di malafede e quindi attendemmo che il ceto medico sconfessasse questo procedimento. Male ci apponemmo, chè il chiarissimo prof. Cuzzi, nell'*Enciclopedia med. ital.* (serie I^a^, vol. 4°, pag. 949), all'articolo *Gravidanza* parla del nostro caso in modo dubitativo — il chiarissimo prof. Masserenti nel suo Corso d'ostetricia (Lezioni litograf. per gli studenti) si esprime: « Di gravidanze seigemellari vi era il caso di Osiander, che fu contradetto dal figlio dell'Osiander stesso, e quello recente del dottor Vassalli, che è stato contradetto dal Guzzoni ».

Oggi noi avremmo quindi torto nel permettere più lungamente che si avvolga con dubbia luce un fatto, forse unico, ma da niuno, dopo Aristotile, ritenuto impossibile, e che deve essere accolto nel dominio dei fatti accertati e non più discutibili per la sola ragione che esso fu direttamente osservato da quattro colleghi, competenti ad affermarlo ed in pieno diritto di essere creduti. Essi non mancherebbero dal protestare contro questo sistema che tende a fare, della scienza, la negazione sistematica di tutto ciò che non cade direttamente ed immediatamente sotto i sensi e di ripudiare i più elementari fatti di diretta osservazione personale. Qualora poi si volesse dare gran peso all'unica obbiezione, rivestita di qualche serietà, *la mancanza della placenta*, ci si permetta di domandare se per gli altri casi di gravidanza quinquegemellare, ammessi come indiscutibili, siasi conservato tale pezzo giustificativo, oppure se, dato che avvenisse di osservare un parto seigemellare con 2 placente, se debbasi negare l'esistenza del caso perchè un miscredente potrebbe credere essere quello il risultato di 2 parti trigemini, congiunti a scopo di truffa? Ecco, onorevoli colleghi, a quale enormità condurrebbe un così deplorevole sistema! e speriamo che in nome della serietà della scienza nostra ed a garanzia dell'onorabilità del nostro ceto questo onorevole Congresso vorrà dare a questo caso il vero battesimo della scienza. Presentiamo a testimoniare il fatto: *a*) il preparato dei 6 feticini, *pro occasione* ritirati dall'Istituto ostetrico di S. Caterina in Milano; *b*) un certificato dei tre colleghi dottori Solari, Reali e Bianchi, che ci coadiuvarono nel parto e *de visu et de tactu* constatarono il caso; *c*) una dichiarazione del padre e sindaco del paese, presente al parto.

Discussione

Prof. **A. Guzzoni degli Ancarani** (Cagliari): Essendo stato citato più volte dal dottor Vassalli come l'ostetrico che ha messo in dubbio il caso di gravidanza seigemellare non ha che a riassumere e a confermare quanto disse nella sua pubblicazione in proposito, che cioè egli ammettendo la perfetta onorabilità del dottor Vassalli e degli altri colleghi non accettò il caso clinico perchè gli mancava il pezzo che ritiene assolutamente indispensabile, la placenta.

Prof. L. **Mangiagalli** (Milano): Lasciando da parte la questione polemica, mi pare che si potrebbe mettere il quesito in questi termini: I fatti e i documenti presentati, nell'assenza della placenta, possono farci ammettere la possibilità di una gravidanza seigemellare? La questione è così importante che mi pare meriti venga discussa in questa Assemblea.

Dott. A. **Regnoli** (Roma): Domanda quale era l'epoca della gravidanza, ed appreso che era di 5 mesi, dice che non crede possibile lo sviluppo di sei feti presentati al 5° mese nella detta gravidanza. Ciascun feto ha press'a poco lo sviluppo quintimestre e dovrebbe ciascun feto esser di minor sviluppo. Con ciò per altro non intende dire parola contro l'onestà dell'oratore.

Dott. **Namias**: A proposito del caso di gravidanza seigemellare, di cui ha parlato il dottor Vassalli, e contro l'obbiezione del dottor Guzzoni, osserva che se è vero che sarebbe stato molto meglio che fosse stata conservata anche la placenta, la mancanza di questa non esclude che il fatto riferito sia accettabile per vero, quando vi sono altri testimoni di persona, di cui tre colleghi, che rilasciano una dichiarazione, la quale è suffragata dalla attestazione *de visu* di un sindaco — il padre dei neonati. — Se non si crede, dice, all'autorità di queste persone, a quale testimonianza più si può prestar fede? Ed a quale scopo di frode si dovevano aver fatto delle aggiunte di uno o più feti, lì pronti, vivi tutti e somigliantissimi per sviluppo? — Alla osservazione del dottor Regnoli, al quale sembrano i feti più sviluppati di quel che avrebbero ad essere per l'età della gestazione calcolata dal dottor Vassalli di 118 giorni, seguendo il criterio mestruale, risponde che ormai è troppo noto che la gravidanza può esistere anche durando la mestruazione e che d'altronde la questione dell'età di quei feti non è quella che ci occupa. Crede che, senza escludere il verdetto di illustrazioni della scienza nostra, nominati dal Presidente, tutti i presenti sulle attestazioni del Presidente, che abbia preso cognizione dei documenti presentati, possano pronunciarsi, avendo tutti, meno tre, il dottor Guzzoni e due stranieri, risposto affermativamente alla domanda del Presidente se credevano acquisito alla scienza il fatto esposto dal dottor Vassalli; il dottor Namias credendo che l'argomento tolto dal campo della personalità debba passare in quello sereno della scienza, essendosi occupato di chiedere ai due stranieri quali ragioni avessero per non accettare per vero il fatto in discorso, dichiara che quei signori hanno votato contro non avendo capito la domanda del Presidente; che però essi non hanno alcun dubbio ad accettarlo; e tale loro dichiarazione avendo fatta presenti varii colleghi, resta così solo nel dubbio, fra tutta l'assemblea, il dottor Guzzoni.

Prof. G. **Chiarleoni** (Catania): Nel tempo in cui il caso cadde sotto la osservazione del dottor Vassalli sull'orizzonte ostetrico non esisteva alcuna questione attinente alla gravidanza multipla. Mancherebbe anche per questo una ragione per credere che si potesse avere interesse a snaturare un fatto, e ciò tanto più che l'osservatore si trovava fuori del campo militante ostetrico.

Pare a me dunque che ad onta della mancanza della placenta il caso del Vassalli militi a favore della possibilità nella specie umana della gestazione *sestigemellare;* e appoggio la opinione del Mangiagalli.

Dott. **A. Tauri** (Isola del Gran Sasso):

Modificazioni al forcipe.

Per evitare i pericoli di un'avanzata compressione, ho io concepito apporre per maggiore semplicità e solidità nel mezzo del manico del forcipe ordinario una vite, della lunghezza di sei centimetri, della spessezza di sei millimetri, a spire quadre, munita in un estremo di due alette per poterla agevolmente volgere con le dita, e fermata girevolmente nella madrevite incavata nella spessezza del manico della branca destra, e ciò per meglio agire con la mano destra. L'estremo libero di questa vite, che è privo di spire, è invaginato in un piccolo tubo d'ottone, il quale potendo scorrere di sotto in sopra e viceversa, è limitato ne'suoi movimenti da un perniletto fisso nell'estremo stesso della vite, ed accolto in un'apertura lineare, che esso presenta.

Si può viceversa sostituire al tubo una linguetta di ottone penetrante nell'estremo libero della vite, che munita in un estremo di un rilievo serve di presa alle dita, nell'altro estremo di un perniletto compreso anch'esso in apposita apertura che in tal caso offre l'estremo della vite in parola.

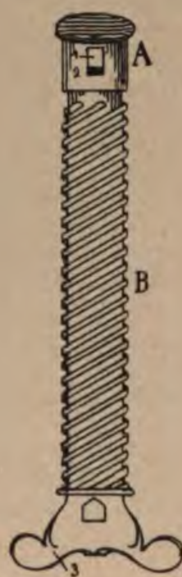


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Fig. 1. Vite della dimensione normale a tubo aperto - A, Tubo che invagina l'estremo della vite - I, Apertura longitudinale del tubo contro cui scorre il perniletto (2) - II, Perniletto fisso sulla vite - B, Vite colle sue alette (3).

Fig. 2. A, Capo della vite munito del perniletto (2) e svestito del cappelletto (B) - B, Cappelletto munito dell'apertura longitudinale (1).

Talchè traendo fuori il tubo o la linguetta, nell'uno e nell'altro caso si ha un allungamento dell'estremo libero della vite proporzionato a tre linee di dilatazione di cucchiai.

Dott. G. **Paoletti** (Perugia):

Le ragadi del capezzolo.

Le ragadi del capezzolo sono generalmente trattate con pomate o con unzioni che riescono il più spesso dannose.

Esse sono la causa più frequente degli ascessi mammarii per penetrazione dei germi piogeni.

La antisepsi delle ragadi non viene praticata come si dovrebbe.

Le ragadi del capezzolo si producono per ragione meccanica.

Descrizione della medicatura delle ragadi analoga alla medicatura di qualunque lesione chirurgica.

Doct. **A. Cordes** (Genève):

Durée de la grossesse — Un cas de grossesse prolongée.

Que l'utérus, un organe vivant, musculaire, irritable, point de départ et d'arrivée d'actions réflexes nombreuses, puisse se contracter prématurément et expulser, avant sa maturité, le produit de la conception, cela ne fait doute pour personne; cet accident a reçu les noms d'avortement, ou d'accouchement prématuré, suivant l'époque où il se produit. Mais que l'utérus sain, non paralysé, puisse supporter indéfiniment la présence du fruit, vivant ou non, sans chercher à s'en débarrasser, le fait est loin d'être démontré; je n'en connais pas d'exemples authentiques, et je ne suis pas disposé à admettre l'opinion des M'zabites du Sud de l'Algérie (Witkowski, *Histoire des Accouchements*, p. 574), qui attribuent au mari la paternité d'un enfant né dix-huit mois après sa mort ou son départ; « l'enfant, disent-ils, peut s'endormir ». Lorsque le fœtus est mûr pour la vie extra-utérine, c'est-à-dire probablement lorsque la respiration placentaire ne lui suffit plus, il ne peut plus vivre de sa vie de parasite, il lui faut la vie aérienne; et si, par impossible, il demeurait dans l'utérus, il succomberait, comme cela arrive dans la grossesse extra-utérine, lorsqu'il n'est pas extrait au terme normal, ou peu après.

Ces deux raisons me paraissent suffisantes pour me faire nier l'existence de la grossesse prolongée indéfiniment.

Je ne suis donc pas prêt à admettre le cas mentionné dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, d'une femme de Souarre, qui demeura enceinte trois ans, et accoucha d'un enfant « fort et vivant » (*Gazette des hôpitaux*, 1859, pag. 595).

Ce cas, cité par Terneau, ne rencontrera, j'en suis certain, que votre incrédulité, quoiqu'il soit rapporté par Petit, qui le tenait d'une source apocryphe.

Si le développement du fœtus était proportionnel au temps qu'il semble avoir passé dans l'utérus, quel devrait être son volume au bout de *quatre fois* le temps normal: trente-six mois!

Terneau accepte un cas de 311 jours — du 21 août au 2 juillet (en refaisant son calcul je trouve 315 jours); — l'enfant était très gros et avait les ongles fort longs. L'observation est peu détaillée et peu précise.

Il est bon de remarquer que les plus gros enfants connus n'ont pas, le plus souvent, été portés plus que le temps normal, et que la plupart des grossesses dites prolongées se sont terminées par la naissance d'enfants de poids moyen.

Ainsi le cas de Cameron (*Obst. Journ.*, May 1876, p. 95). L'enfant pesait quatorze livres (kgr. 6.342) à sa naissance; 69 livres à douze mois; 98 livres à dix-sept mois.

C'est un enfant d'un volume monstrueux; mais l'observation ne mentionne point une longueur inusitée de la gestation.

De même, le cas de Gordon (*Brit. Med. Journ.*, 1874, I, p. 644); l'enfant pesait dix-huit livres (kgr. 8.154).

Gordon attribue son volume exagéré à ce que la mère avait trop mangé pendant sa grossesse, qui n'a eu que la durée normale. Ce n'est pas le lieu de discuter s'il a raison.

Voici un exemple de grossesse très courte, terminée par la naissance d'un gros enfant. L'enfant fut porté 243 jours, puisqu'il vint au monde 247 jours après l'accouchement précédent. La femme a subi un coït unique, quatre jours après, et a subi aussi une continence absolue pendant trois mois (il pesait sept livres, douze onces). Kronig, *Am. Journal of Medical Sciences*, 1893, Sept., pag. 359).

Dans le cas d'Acker, où la grossesse dura 304 jours, l'enfant n'avait point un volume extraordinaire. (*Am. J. Obst.*, 1889, pag. 1178).

Dans le cas personnel dont je donnerai l'observation, l'un des enfants, porté 282 jours, pesait 4440 grammes; le suivant, porté en apparence 326 jours, ne pesait que 3400 grammes.

Je ne crois pas qu'on puisse citer un cas de grossesse dans lequel il soit scientifiquement démontré que le fœtus ait séjourné plus de 301 jours dans l'utérus; je dois dire que la chasteté ou la fidélité d'une femme ne sont pas pour moi des preuves scientifiques.

Sans vouloir discuter ici le côté légal de la question, je crois pouvoir dire que le législateur a été fort sage en fixant à 300 jours la durée maximum de la grossesse, soit à un terme qui dépasse sensiblement sa durée ordinaire; car il évite ainsi de fort scandaleux procès, dans lesquels gagnants et perdants perdent également leur honneur, leur bonheur et leur tranquillité.

Depaul estime cette limite très large.

Un tribunal, en Angleterre, en 1827, a attribué au mari (Gardner) la paternité discutée d'un enfant né 304 jours après la dernière possibilité de cohabitation [1]).

C'est sans doute dans la même idée de prudence que le législateur a fixé la limite minimum pour la légitimité de l'enfant à 180 jours après la célébration du mariage.

Il est, vous le savez, assez malaisé d'élever un fœtus de 180 jours.

Olshausen a proposé 310 jours (*Am. J. of Med. Sc.*, 1889, I, p. 424). Personne, je crois, n'a proposé trois ans ou davantage.

[1]) Mais la loi anglaise n'ayant pas fixé un terme à la grossesse, on a pu déclarer illégitimes un enfant né au bout de 299 jours, et un autre né après 336 jours.

En Amérique, on a accepté comme légitime un enfant de 317 jours. (Hayes, Am. J. of Obst., 1893, II, p. 795).

Tous les organes ont leur rhythme physiologique (Robinson, *Am. J. Obst.*, 1893, II, p. 93), et dans certaines limites, chaque être vivant a son rhythme propre. Tel a normalement le pouls rapide ou lent; l'un a la digestion paresseuse, l'autre l'a rapide, etc.

Le gros intestin et la vessie éprouvent, à intervalles périodiques, le besoin de se vider; les besoins physiologiques: faim, soif, etc., se représentent à des époques à peu près fixes, sur la nature desquelles l'habitude a une influence considérable. Mais on ne connaît pas d'animal ayant vécu des mois sans avoir ressenti ces besoins et sans avoir dû céder à leur appel.

Pourquoi l'utérus serait-il le seul organe dont la période rhythmique serait indéfiniment prolongée?

Nous devons admettre que le développement du fœtus et celui de l'utérus peuvent varier dans certaines limites et être plus ou moins rapides; mais ces limites sont assez restreintes, et le maximum accordé par les lois française et allemande me semble suffisant.

Depaul le trouvait très large, je l'ai dit; Stoltz de même.

Chaque utérus, chaque fœtus peut sans doute avoir sa période propre d'évolution, — et qui n'est pas nécessairement la même à différentes époques, — comme chaque utérus a sa période propre d'involution, variable avec les circonstances, comme l'est la période de maturation des fruits.

Les ovules, eux-aussi, ont une période de maturation régulière ou à peu près, chez une femme observée, mais différente chez chacune.

Nous connaissons tous des femmes qui ont leurs règles toutes les six semaines, et d'autres toutes les trois semaines, alors que la période normale est 28 jours.

Je raisonne ici dans l'hypothèse règles-ovulation. Mais je me refuse à admettre que l'utérus, si paresseux qu'il soit, mais vivant, puisse conserver indéfiniment le produit vivant de la conception, — le cas de la grossesse prolongée avec un fœtus mort ne rentrant pas dans mon étude actuelle, — et je ne comprends pas un organe vivant ayant un rhythme indéfiniment retardé.

Je ne comprends pas davantage un fœtus se développant et demeurant indéfiniment dans l'utérus, et je n'en connais pas d'exemples.

Les anciens croyaient que le fœtus sort parce qu'il veut sortir, et qu'il est l'agent de son expulsion; nous ne le croyons plus; nous savons qu'il est passif dans son exode, et que même endormi, même mort, il est expulsé sans aucun exercice de sa volonté ni de sa force.

Je suis certain que dans les cas de grossesse prolongée qui ont été cités, il y a eu quelque erreur, causée le plus souvent par un arrêt menstruel, accidentel ou pathologique, antérieur au début de la grossesse.

Suspension des règles, chacun le sait, n'est pas toujours synonyme de grossesse, même à part les cas vraiment pathologiques. Il serait fastidieux et trop long de faire ici la critique détaillée de tous les cas publiés.

Je l'ai faite pour moi-même, et j'ai trouvé un point faible dans chaque observation; et cet examen m'a conduit à la conclusion que je viens d'énoncer.

Schmit l'a faite avant moi dans sa thèse de 1876, et il formule plus nettement sa conclusion en disant: « La grossesse prolongée n'existe pas! » De même Emile Müller dans sa thèse de 1877.

Il ne me paraît néanmoins pas superflu de dire que, dans le calcul de la durée de la grossesse on ne doit pas faire entrer la durée du travail, qui peut être fort prolongée — deux à trois jours.

Si nous introduisons cet élément dans notre calcul, nous devons admettre qu'une femme morte sans accoucher, par exemple, parce que le fœtus est mal placé ou par suite d'une viciation du bassin, est restée grosse indéfiniment.

La difficulté du passage du fœtus n'a rien à voir dans la durée de la grossesse, au point de vue légal. Au point de vue qui nous occupe, la grossesse est terminée lorsque, le fruit étant mûr, l'utérus entre en travail effectif, quelle que soit la longueur de ses efforts ou leur inutilité; au surplus, les quelques heures que dure l'expulsion ne sont pas pour constituer une grossesse prolongée indéfiniment.

Dans bon nombre des cas de grossesse prétendue prolongée, il y a eu un essai d'expulsion, une tentative avortée. Quand l'utérus a fait tous ses efforts en vain, il se recueille pour reprendre des forces, et tente un nouvel essai, plus tôt ou plus tard; il se peut qu'il renonce: ainsi que dans un cas rapporté par Morau: 328 jours — essai de travail, un mois avant l'accouchement (Barnes, *Obst.*, trad. franc., pag. 145).

Dans le cas où un fœtus viendrait au monde 301 jours ou un peu davantage après la dissolution du mariage, je m'informerais soigneusement de l'heure du début du travail, et s'il a été prolongé, je ferais tout mon possible pour faire partager aux juges ma conviction, que cet enfant doit être considéré comme légitime, car le législateur, dont nous devons interpréter et appliquer la pensée et l'intention, n'a pu avoir en vue que l'espace compris entre la conception et la maturité du fœtus (à laquelle il a fixé une limite un peu au-dessus de la moyenne, dans le but que j'ai énoncé); il n'a pas pu viser l'anomalie d'un fœtus mal placé, ou se trouvant en présence d'un bassin vicié, qui, mécaniquement, lui refuse le passage alors que l'utérus, parfaitement mûr lui aussi, a fait tous ses efforts pour l'expulser en temps utile. Cela n'a rien à voir avec la date de l'insémination, seul élément que puisse viser la loi, puisque c'est cette date qui fait ou détruit la paternité.

Si j'enferme dans un sac, solidement attaché à l'arbre, le fruit sur lequel il a mûri, il ne tombera jamais; dirai-je pour cela que l'arbre l'a porté indéfiniment? Dirai-je qu'il n'est pas mûr, parce qu'il ne se détache pas?

Le cas est absolument le même que celui d'un fœtus retenu dans l'utérus par sa forme, son volume, sa présentation, ou un rétrécissement du bassin.

J'admets, avec Schmit, que le développement excessif du fœtus, en distendant l'utérus le rend paresseux, et qu'il tarde à se contracter; c'est donc cet excès de développement qui cause le retard, ce n'est pas la prolongation de la grossesse qui cause ce développement excessif.

Voici, sur la grossesse prolongée, l'opinion de quelques auteurs:

Boerhaave ne croyait pas à l'existence de la grossesse prolongée sauf en cas de maladie.

Smellie croyait que, dans les cas supposés tels, on a fait une erreur de calcul. Le point de départ des règles nous induit souvent en erreur, et nous ne l'acceptons que faute d'un meilleur. Ainsi Th. Wilson (*B. M. Journal*, 1889, I, p. 634): deux femmes cessent d'être réglées le même jour; l'une accouche en décembre, l'autre en février suivant.

Les anciens, qui parlent de dix mois, comptaient en mois lunaires, ex. Hippocrate, qui dit tantôt dix mois, tantôt 40 septénaires — 280 jours. — Trad. Littré, t. VII, p. 533, il dit: « Toutes les femmes qui ont pensé avoir porté plus de dix mois ont été induites en erreur; » suit une explication peu intelligible de matrices (au pluriel) gonflées par des vents venus du ventre, etc. Kangawa la niait. (Virgile: Matri longa decessi tulerunt fastidia menses).

Louis, dans un procès plaidé à Rennes, en 1763, conclut contre la possibilité d'une durée de 320 jours.

Casper, Kleinwächter, Tyler Smith (Barnes trad. pag. 145), Gooch, Clark, D. Davis énoncent la même opinion. Marcopoulous (Thèse de Paris, 1893) nie aussi la grossesse prolongée. J. Y. Simpson explique la prolongation apparente de la grossesse dans certains cas, par le fait d'une conception suivie de la mort d'un produit très jeune (*Obst. Works*, I, p. 384, *note*). Sur la *caduque* non complètement détruite, peut venir se greffer un second œuf qui vient à maturité. C'est une superfétation: le premier œuf meurt, un second lui succède, et se développe normalement. Le premier est réduit à l'état de fœtus papyraceus, ou disparaît, et passe inaperçu dans l'arrière-faix au moment de la délivrance.

C'est, peut-être, de cette façon qu'on pourrait expliquer le cas de Hayes (*Am. J. Obst.*, 1893, II, p. 794). Règles terminées le 6 mai; malaises, tôt après symptômes ordinaires; le 26 août la femme s'adresse à un médecin qui refuse de la faire avorter.

Mouvements perçus au milieu de novembre.

Le 28 mai, Hayes prescrit 60 c. de quinine à prendre chaque jour. Mme E. accouche, le 30, à midi, d'un enfant de 4 kil. 82, au bout de 389 jours. Ce n'est point un fœtus colossal, puisque celui que j'ai reçu, après 282 jours de grossesse, pesait 4 kil. 400, et était un premier enfant.

Quoique je sois assez incrédule en fait de grossesse très prolongée, je veux néanmoins en citer quelques cas.

Blake (*The Lancet*, 1892, I, p. 363) cite un cas de 358 jours.

Jaffé (*Am. J. M. Sc.*, 1890, I, p. 541) un cas de 365 jours, à partir du début des dernières règles. (On y peut retrancher un mois entier).

Quérel (S. Obst. Fr., 1893) un cas de 308 jours.

Numa Rossié (Arch. Toc., 1887, p. 850) un cas de 317 jours; l'enfant avait 57 c. de long, pesait 5 kil. 300, et ses ongles avaient mm. de longueur.

Rossié n'indique pas la date des règles, au moins dans le résumé que j'ai lu. Il parle d'un coït unique. L'accouchement se termine par une application de forceps, après un travail de deux jours.

Si nous retranchons les deux jours qui n'ont rien à voir avec la maturité du fruit, si nous comptons trois semaines de latitance dont je vais parler, il nous reste 294 jours.

Loviot (*Journ. Méd.*, Paris, 1892, p. 477) nie la prolongation de la grossesse, à propos d'un cas où l'enfant est venu 307 jours après les dernières règles. Il croit que la grossesse date de la veille des règles qui ont manqué. Il reste donc seulement 277 jours. C'est l'opinion de Kundrad, qui croit que l'œuf fécondé correspond plutôt aux règles qui ont manqué, qu'à celles qui ont paru la dernière fois, car celles-ci doivent avoir balayé le nid préparé pour l'œuf.

Une cause d'erreur me semble être la latitance, c'est-à-dire l'existence d'un temps plus ou moins long entre l'insémination et la rencontre des deux

éléments d'où résulte l'imprégnation, à partir de laquelle compte la grossesse. Cette latitance peut, d'après Williams, durer trois semaines. Puis, rien ne prouve, je crois, que l'œuf ne commence pas à se développer avant d'arriver dans l'utérus, et que la fécondation d'un œuf dans la trompe ou sur l'ovaire arrête tout de suite les règles. Cela fausserait d'un mois nos calculs ordinaires. La grossesse commencerait, dans ces cas, plus tôt que nous ne le croyons, à ne considérer que les règles. Ceci donnerait à la grossesse une durée plus longue que celle qu'on lui attribue généralement, et expliquerait que dans les cas où les règles ont été arrêtées dès la fécondation faite dans l'utérus, la grossesse ait paru plus courte que dans les autres cas.

Ce fait donnerait donc à la grossesse une durée se rapprochant davantage de celle des cas réputés prolongés.

Observation. — Le 6 octobre 1892 M. X... vient, avec sa jeune femme, âgée de 19 ans, prendre congé de moi, au départ pour un voyage. J'ai assisté Mme X..., le 28 mai 1892, pendant son premier accouchement, terminé par la naissance d'un gros garçon, 282 jours après la fin des dernières règles.

Dans le courant de l'entretien, M. X... me dit que sa femme a un léger retard, les règles ayant manqué le 30 septembre. Il me dit qu'une grossesse est impossible. Je pense qu'il le sait mieux que personne.

Mme X... accouche, le 22 juillet 1893, au soir, après un travail facile, rapide même, d'une belle fille de kil. 3.400. Si cette enfant avait réellement 326 jours de vie intra-utérine, elle devait être colossale, puisque son frère aîné, né des mêmes parents (282 jours), pesait kil. 4.400, et que les fœtus, à cet âge de la mère, vont plutôt en augmentant de poids dans les grossesses successives. M. Duncan, *Fertilité*, pag. 49: « Les enfants des primipares sont plus petits. »

En 1892, Mme X... a eu un travail de près de quarante heures; je ne tiens pas compte, dans les 282 jours, du temps occupé par le travail.

Je passe sur les inquiétudes du mari, qui se tourmentait à la pensée que son second enfant serait plus gros encore que le premier, puisqu'il tardait tant à venir, et je conclus: A part les cas de paralysie de l'utérus, dont je ne connais pas d'exemple, la grossesse prolongée au-delà de 301 jours, si elle existe, est extraordinairement rare.

En médecine, il ne faut dire ni jamais, ni toujours. Dans les cas que je connais de grossesse prolongée, il y a eu quelque erreur dans la date supposée du début de la gestation — de celle du moins qui s'est terminée par la naissance de l'enfant complètement développé — cette restriction pour tenir compte de l'explication de J. Y. Simpson.

Dans ce cas il n'y a pas de grossesse prolongée, il y a deux grossesses subintrantes.

Dott. **G. Crosti** (Pavia):

Contributi embriologici.

Presento agli onorevoli colleghi intervenuti a questo Congresso alcuni preparati di uovo umano, il più piccolo, a mio credere, che si conosca.

Proviene da donna mestruata regolarmente 15 giorni avanti la espulsione di una membrana sacciforme triangolare che riproduceva perfettamente

la forma del cavo uterino. A un centimetro circa dallo sbocco uterino di una tuba notavasi un rialzo tondeggiante grosso quanto un pisello. Colorata in massa con picrocarmino all'ioduro di potassio tale prominenza e fatta la doppia inclusione con celloidina e paraffina praticai sezioni in serie dall'esame delle quali risulta:

1. La riflessa non presenta tracce di conformazione ghiandolare; pare essa risulti dall'allungamento e dalla fusione dei tratti interghiandolari dell'endometrio. Tale allungamento e tale fusione è il risultato non di accrescimento numerico degli elementi ma di ingrossamento idropico degli stessi: ne. risulta la formazione di propagini digitiformi che si saldano per la punta all'estremo opposto a quello di insorgenza e si fondono sui lati quando quivi non si immettono i villi coriali.

2. Il corion presenta spiccato il differenziamento in tenue e frondoso, molto prima quindi di quanto vuolsi generalmente.

3. Il corion frondoso inseriscesi sulla riflessa confortando così quanto il Ranieri e l'Hofmeier volevano ad interpretazione genetica della placenta previa.

4. I villi immettonsi negli spazii interdigitali della riflessa e mandano zaffi epiteliali che invadono il tessuto materno. Tali propagini epiteliali spiccano per la colorazione viva del protoplasma e la cromofilia del nucleo e tendono a limitare la cavità (seno) nel quale il ciuffo villoso si è insinuato.

Dott. C. **Ferraresi** (Bologna):

Contributo alla conoscenza delle anomalie congenite della vagina nella donna gestante e in soprapparto.

Dall'esame istologico di sepimenti trasversali membranosi della vagina in tre primipare, dall'osservazione clinica degli stessi in gravidanza o nel parto e da un caso di distocia da imene atresico, insieme ad indagini sopra vagine fetali in istato o no di atresia, concludo che:

I setti trasversali membranosi della vagina ripetono indubbiamente un'origine congenita quanto acquisita.

A distinguere queste diverse origini può occorrere l'esame istologico ad escludere nel tessuto della membrana caratteri cicatriziali.

I diafragmi congeniti nascono dopo il periodo di prima formazione della vagina, quando gli epitelii delle pieghe aderiscono, come fu osservato, nel feto.

Il trattamento, principalmente nello interesse del feto, deve essere di sorveglianza e al più spesso intervento, consistente nello sbrigliamento alla fine del primo periodo del parto (o appena rotte le membrane), potendo altrimenti sovrastare pericoli anche non immediati al feto e alla madre.

Dott. G. **Zamparelli** (San Leucio):

Su d'un caso di rottura uterina seguito da guarigione.

La rottura dell'utero non è comune. ma, verificandosi, disgraziatamente, è quasi sempre letale. In effetti le statistiche, al riguardo, non possono chiamarsi felici.

Tanto il Leopold che il Kroner, tanto il Tauffer che il Frommel, hanno raccolto diversi casi nell'interesse scientifico: in molti si è praticata la laparotomia, in altri nulla, mantenendosi in una aspettativa armata; in altri si aiutò, soltanto, con eccitanti la donna. E devo dire, che, certo la laparotomia non si può dire che sia stato il mezzo più fortunato per vincere questo grave accidente. Nell'interesse della casistica io riporto questo caso, capitatomi nel mio servizio ostetrico della provincia ove esercito.

Lucia Furno, di anni 43, da San Leucio, in quel di Benevento, è una donna di fortissima costituzione fisica. Ha avuto altre undici gravidanze a termine, e dall'anamnesi non rilevai nessun fatto nè acquisito, nè congenito notevole. Fu mestruata la prima volta a 14 anni, mestruazione che sempre procedette benissimo. L'ultima gravidanza era stata un po' laboriosa, ma immune era giunta al suo termine, senza inconvenienti serii.

La sera del 31 gennaio dell'anno 1893, la Furno cominciò ad avvertire le prime doglie, e, messasi a letto mandò per la levatrice.

Intanto un dolore acuto, continuo, avvertì la donna all'addome, dolore che, secondo essa diceva, la faceva stare in uno stato generale convulsivo. Con la fuoriuscita dell'acqua la Furno cominciò a perdere sangue. La levatrice, giunta, si spaventò, ed immediatamente mi mandò a chiamare.

Giunto in fretta trovai la donna in preda a grave collasso; il polso raggiungeva 130 a minuto, e l'emorragia era imponente. Alla palpazione notai due rotondità sferoidee, dure, l'una nel basso ventre a destra, l'altra nella regione mesogastrica ed a sinistra. Andai all'idea d'una gravidanza gemellare, ma pur troppo non era così. Con una disinfezione pronta ed energica vuotai la vagina piena di grumi sanguigni, e constatai il collo dell'utero appena accentuato e ristretto; circondandolo, m'accorsi d'una lacerazione nella sua parte posteriore, lacerazione che dal fornice utero-vaginale mi permetteva di penetrare con la mano in cavità, lacerazione che si estendeva fin oltre la metà del corpo dell'utero, e mi lasciava libero l'accesso in piena cavità addominale, ove riscontravansi il feto e gli annessi. Allora chiaramente vidi l'errore della mia diagnosi, perchè una delle due globosità, notate alla palpazione, propriamente quella a destra e nel basso ventre era l'utero, ridotto alla grandezza di testa di feto, e l'altra, a sinistra, nella regione mesogastrica, era il capo del bambino. La vera diagnosi era chiarissima: la rottura dell'utero s'era manifestata (la causa l'ignoro), ed il feto ed annessi erano passati nella cavità addominale.

In tale grave sconcio quale era la condotta a doversi eseguire? Era evidente che bisognava fare la laparotomia: ma la donna era esausta, il sangue imponeva; oltre di che altre cause d'infezione certamente sarebbero sopravvenute finchè si preparava tutto per il parto cesareo. E che difficoltà presenti una laparotomia in un villaggio, lascio considerarlo ai colleghi!

Se non fossero state in campo tutte queste circostanze, io mi sarei attenuto ai precetti del Litzmann, per comportarmi come in una gravidanza extra-uterina. Il feto era morto evidentemente, entrava in gioco la possibile salvezza della madre, alla quale noi dobbiamo dare la massima importanza.

Io non esitai, ed, intervenendo a tempo, ho la soddisfazione d'aver contribuito al caso, fortunatissimo e strano, della salvezza della Furno. Il rivolgimento fu praticato da me con la massima sollecitudine, attraverso la rottura uterina. Tanto l'estrazione del feto che della placenta mi riuscì age-

vole. Drenai l'utero con garza iodoformica; dopo aver lavato generosamente con acqua alla resorcina e borica, applicai la vescica di neve all'addome, mi detti da fare con eccitanti per sollevare la donna, e passai quasi tutto il giorno al suo capezzale. Evidentemente il pronostico era triste; però avevo una lontana speranza che, non sorgendo complicanze da parte del peritoneo, avessi potuto aggiungere anche questo caso alla statistica del Piskacck. Il giorno appresso la donna stava in periodo convulsivo: però il polso era più regolare, e riuscii a somministrarle delle tazzine di brodo. Riuscendo fastidiosa la vescica di neve, la tolsi, applicando una stretta fasciatura di flanella.

Al terzo giorno l'ammalata stava meglio: praticai il lavaggio borico senza nessun trapazzo della donna: la temperatura raggiungeva appena i 36°. Levato lo zaffo, misi con cautela un grosso drenaggio, pel quale feci disinfezioni.

Con cinquanta giorni di assidue ed indefesse cure, la Furno guarì.

Questo è il caso occorsomi: non me ne fo bello, non cerco d'innalzarmi. Ma non può negarsi che simili gravi accidenti non capitano ogni mese, e neanche ogni anno: quindi all'occorrenza bisogna il massimo sangue freddo, la massima presenza di spirito, per regolarsi nell'interesse dell'ammalata.

In un ospedale, in una maternità, ove la laparotomia è facile, si capisce che non bisogna esitare. In un villaggio è tutt'altro: lasciare l'inferma a sè stessa è impossibile.

I disturbi sono tali che l'allontanamento del feto diventa inevitabile. Ed anche lasciando da banda la emorrogia, ammettendo che la donna resista, essa morrà per altri gravi disturbi che insorgono con rapidità, senza arrivare alla sepsi.

Veit, Lawson Tait, Leopold, ed altri valorosi sono concordi che, dovendo scartare nelle rotture uterine la laparotomia, bisogna che il chirurgo operi per le vie naturali con la massima sollecitudine. Che poi, nel caso gravissimo della Furno, ci sia entrato più la fortuna che il valore, sono io pel primo a convenirne!

Dott. **G. Zamparelli** (San Leucio):

Contributo alla casistica della gravidanza trigemellare.

A base delle statistiche compilate da Mekel, da Balocchi, da Corradi, da Veit, da Dubois circa la frequenza delle gravidanze multiple, si può affermare che una gravidanza trigemellare si ha, tanto per dirla in cifra tonda, per ogni ottomila parti.

Stando a queste statistiche, che hanno tutte risultati concordi, a me, che è toccata la sorte di assistere e di operare una donna, che si sgravò di tre feti, non potrà, molto probabilmente, nella cerchia del mio servizio sanitario, toccare altro simile caso. Nell'interesse statistico mi permetto di fare la storia del caso con qualche osservazione che mi occorse notare.

Paradiso Anna, di anni 34, da San Leucio (Benevento), è una bruna contadina di buona costituzione fisica, di robusto apparecchio scheletrico, figlia di sani genitori. Maritossi a 25 anni ed ha dato prova di sufficiente fecondità, avendo dato a luce cinque figli, in cinque gravidanze.

Alla sesta gravidanza, verso gli ultimi mesi, avvertì un peso maggiore delle altre volte, il ventre un poco più voluminoso, sicchè le era, in certo

modo, fastidioso l'attendere, come nelle altre gravidanze, alle faccende domestiche. Oltre ciò niun altro disturbo, onde non vide il bisogno di consultare il medico.

La mattina del 28 marzo 1890, arrivata al termine della gravidanza, avvertì le prime doglie; dopo poche ore, assistita dalla levatrice, si sgravò di un feto di sesso femminile, indi secondò normalmente.

Mentre intanto la levatrice attendeva a prestare le prime cure alla neonata, la Paradiso fu presa da altri e più acuti dolori, che spaventarono lei, le comari intervenute numerose e la levatrice, che all'osservazione constatò la presenza di altro feto, il quale, alla rottura del sacco delle acque, si presentò in posizione trasversale, onde si pensò chiamarmi.

Prontamente accorsi, e nell'osservare la donna fui colpito dal volume enorme dell'addome. Alla palpazione rilevai due rotondità ai due lati dello addome; all'ascoltazione sentii due distinti battiti, onde ebbi elementi sufficienti per conchiudere ed annunziare alle astanti la presenza nell'utero di altri due feti.

Il feto che si presentava era in posizione cefalo-acromion-iliaca destra; tra i commenti delle comari praticai il rivolgimento, ed estrassi un feto di sesso maschile in completo sviluppo e vitale.

Compito questo primo atto, mi assicurai della presenza di altro feto.

La donna era esausta, quindi, senza por tempo in mezzo, ruppi il sacco e con un secondo rivolgimento estrassi un terzo feto di sesso maschile e vivo anch'esso. Tra i vagiti di tre neonati, tra il vocio delle astanti, tra le proposte di ogni genere per la soluzione del difficile problema dell'allevamento, nientemeno che di tre bambini, aiutai a secondare la Paradiso. Le seconde furono tre. La prima, che, come ho detto, venne fuori poco dopo la uscita del primo feto, era, come potei assicurarmi, inserita al terzo medio della faccia anteriore dell'utero. Le seconde degli altri due feti, che erano due, ma riunite tra loro da un setto membranoso, erano inserite al fondo dell'utero e riunite vennero fuori. Potei constatare che tra i vasi dei due cordoni ombelicali vi erano delle anastomosi, fatto che ci prova, secondo le conclusioni dell'Hyrtl, che i due feti appartenevano ad un ovulo unico.

I feti erano tutti e tre maturi; il loro peso e volume però era di molto al disotto della media normale; tra loro la bambina, prima nata, era più sviluppata dei due maschi.

Fatta l'accurata antisepsi alla puerpera, cominciai ad impensierirmi anch'io per la soluzione del problema dell'allattamento dei tre neonati, che avrei voluto proprio veder allevare con successo nell'interesse scientifico. Alle strettezze di quella povera famiglia, che teneva per una vera e pura disgrazia la nascita contemporanea di tre bambini, cercai di venire in aiuto io, che aveva avuto la fortuna di esser chiamato in simili circostanze. Affidai la bambina ad una nutrice, che non fu possibile rinvenire sgravata di recente. I due maschi, nella speranza di sorte migliore, furono nel momento tenuti dalla madre.

Per cinque giorni vissero tutti e tre; poi primo a morire fu uno dei maschi.

Dopo sette giorni morì la bambina, che, probabilmente, sarebbe vissuta, se si fosse potuto affidare ad una nutrice sgravata di recente; infine all'undecimo giorno morì l'altro maschio.

Nel caso non raro di parto trigemellare, ma ben raro di tre feti nati vivi, e per giunta due mercè rivolgimento, non ho a rimproverarmi se non la mancanza di adatte nutrici, cui affidare i tre neonati; di nutrici, che avessero potuto loro porgere latte sufficiente e confacente al loro meschino sviluppo ed alla loro tenera età; e forse allora sarebbero pur vissuti. Ma un tal problema, se di facile soluzione in un gran centro, non era facile risolverlo in un paesello, ed in condizioni economiche ristrettissime, quali quelle della famiglia della Anna Paradiso; trovando tre buone nutrici si sarebbe dato alla scienza registrare il fatto di certo non impossibile, non nuovo, ma raro, però, di tre nati ad un sol parto allevati e cresciuti.

Assume la presidenza il Prof. Schultze (Jena).

Prof. **Kocks** (Bonn):

Ueber einen einfachen Zapfensteg zur Beckenhochlagerung mit Demonstration desselben.

Prof. Kocks aus Bonn berichtet, zuerst in deutscher, dann in französischer Sprache, über einen von ihm construirten Beckenhochlagerungsapparat und demonstrirt den Gebrauch desselben unter Vermittelung eines in den Apparat gelegten Knaben. Das Princip des Apparates beruht auf der leichten Ausführbarkeit den Körper des oder der zu Operirenden an den Darmbeinschaufeln zu fixiren, wodurch der den Kranken schädliche Druck der Kniekehle fortfällt, oder, was nicht minder wichtig, das die Athmung beengende Fixiren der zu Operirenden an den Schultern. Der Apparat bildet ein einfaches Planum inclinatum aus Eichenholz, in welchem von oben nach unten drei Reihen Löcher gebohrt sind, dazu bestimmt zwei gut abgerundete ebenfalls aus Eichenholz hergestellte 25 cm. hohe Zapfen aufzunehmen, welche rechts und links die zu Operirenden am Herabgleiten hindern, indem sie dieselben an den Beckenschaufeln halten. Nachdem der zu Operirende chloroformirt, wird der Apparat schräg gestellt, was in jeder Stellung bis zu 45 Grade möglich ist. Ein einfacher Handgriff genügt um den Chloroformirten wieder flach zu legen, falls die Narcose oder die Operation es verlangt.

Den Apparat kann jeder Schreiner herstellen. Die Firma F. A. Eschbaum in Bonn, liefert ihn genau nach meinen Angaben für den billigen Preis von 25 M. Der Apparat ist sehr leicht transportabel und kann auf jeden Tisch gestellt zur Operation benutzt werden.

Dott. **M. Mauri** (Spezia):

Proposta di un dilatatore ostetrico ginecologico a siringa.

Poichè il tempo è breve sorvolerò alla prima parte del mio lavoro, lavoro critico intorno ai metodi di dilatazione dell'utero, e ai dilatatori noti fin'ora. Rileverò soltanto il concetto principale che vi predomina e che lo informa.

In ginecologia come in ostetricia non si può, non si deve essere esclusivisti circa il metodo di dilatazione dell'utero. In ginecologia tuttavia pre-

ferisco la dilatazione lenta solo in pochi casi speciali. Ritengo la dilatazione rapida generalmente da preferire.

In ostetricia sono in massima avversario dei metodi violenti: non sarà mai abbastanza commendata l'opera dell'ostetrico che sappia con occhio vigile e prudente, senza impazienze e senza esitanze, con calma e con prontezza, con energia e senza violenze, dirigere l'opera della natura nella meravigliosa funzione della riproduzione aiutandola se deficiente, correggendola se fuorviata, e sostituendola risolutamente solo quando la vegga altrimenti fallire al suo scopo.

Tuttavia non posso dissimularmi l'occorrenza nella pratica di quesiti gravissimi che attendono ancora una soluzione conveniente. In questi casi l'ideale sarebbe di terminare prontamente il parto mettendo al sicuro ad un tempo la vita della madre e quella del feto. Ciò non sempre è possibile coi mezzi di cui disponiamo.

Il nuovo dilatatore si raccomanda:

1. Per la molteplicità de' suoi usi, potendo servire all'ostetrico, come al ginecologo, per le piccole come per le grandi dilatazioni, come dilatatore e come siringa a doppia corrente.

2. Per la sua relativa innocuità, poichè per il facile scambio delle sue branche, col progredire della dilatazione si aumenta la superficie di azione dello strumento. Quando la dilatazione ha raggiunto il massimo (dieci cm., come è necessario nel parto a termine), lo strumento esercita ancora la sua azione dilatante sopra circa 12 centimetri della circonferenza dell'orificio uterino.

3. Perchè guarentisce l'antisepsi pur abbreviando l'operazione, facendosi contemporaneamente dilatazione e irrigazione.

4. Per la facilità con cui può essere pulito e disinfettato, essendo tutto *montato a giorno*.

5. Perchè come siringa guarentisce in modo assoluto il flusso dell'acqua di lavanda, facendosi l'irrigazione mentre la dilatazione è in atto, dal fondo dell'utero fino al di fuori della vulva.

6. Per la regolarità ed energia della sua azione, potendosi raggiungere la massima dilatazione in pochi minuti, a volontà dell'operatore.

7. Per la sua leggerezza relativa.

Presenta poi un *cucchiaio-siringa a doppia corrente:* è il cucchiaio di Braun modificato coll'aggiunta di due asticelle che partono dalla base della coppa del cucchiaio e vanno a fissarsi al manico camminando parallele a 7 od 8 mm. di distanza dal manico stesso. Queste hanno per iscopo di mantenere divaricate le pareti del canale cervicale, mentre si pratica il raschiamento e l'irrigazione.

Prof. **F. La Torre** (Roma):

Le dimensioni della testa fetale dal punto di vista biologico ed antropologico.

Si studia ancor oggi lo sviluppo del feto da un punto di vista unilaterale, cioè dal lato materno, e si voglion trovare esclusivamente in circostanze organiche ed accidentali di esso le condizioni che favoriscono lo arresto di tale sviluppo, dimenticandone perciò o trascurandone pensatamente una di importanza capitale, quale è l'influenza del padre.

Ciò è perfettamente irrazionale essendo un fatto della più elementare fisiologia noto a tutti, scienziati e non scienziati, che il prodotto del concepimento deriva dalla penetrazione e dalla fusione degli elementi morfologici dei due generatori e dall'influenza reciproca, rimasta sempre misteriosa, che essi esercitano l'uno sull'altro.

L'influenza del padre sullo sviluppo fetale deve necessariamente ammettersi e può, qualora lo si vuole, essere perfettamente riconosciuta in clinica. Essa si esercita tanto allo stato sano quanto allo stato morboso; ne fanno ampia fede le trasmissioni ereditarie ammesse in ogni ramo della patologia: e sotto questo rapporto, più che il famoso dettato del Diritto romano: *Is pater est quem nuptiae demonstrant*, vecchio dai venti e più secoli, e poggiato sui costumi del tempo, ha maggior fondamento di vero l'assioma clinico dell'azione biologica: *Pater is est quem morbi filiorum demonstrant.*

A voler trascurare quindi l'influenza paterna nello sviluppo fetale si commette, a mente mia, il più grossolano errore di fisiologia.

Ho pensato bene quindi di completare lo studio dello sviluppo fetale prendendo in considerazione l'influenza del padre dal punto di vista biologico ed antropologico. Studiamone brevemente l'azione.

Elemento biologico. — In seguito a minute ricerche e ad osservazioni avvalorate da numerosi dati statistici, ho dimostrato che di tutte le condizioni materne ritenute fin'oggi come favorevoli allo sviluppo del feto, nessuna resiste all'influenza paterna: se al momento della fecondazione il padre è sano e forte, il figlio, qualunque siano le condizioni della madre, sarà bene sviluppato, cioè peserà molto; se il padre è malato, il figlio sarà piccolo, si ha arresto di sviluppo, il peso cioè sarà piccolo.

Nell'immensa maggioranza dei casi l'influenza del padre si esercita sullo sviluppo somatico, ponderale, mentre quello della madre si esercita maggiormente sulle facoltà morali ed intellettuali.

In media ed a cifra rotonda con padre sano e qualunque sia lo stato della madre, il peso dei neonati è di 3500 gr. e con padre malato di 2600; una differenza dunque di 900 grammi.

D'altra parte noi sappiamo che, come abbiamo dimostrato Budin, Ribemont, Marchionneschi, Frascani e La Torre, il volume della testa fetale è proporzionato al peso del corpo; quindi più è pesante un feto e più voluminosa dev'esser la testa. Difatti, con un feto di 3500 gr., il diametro bi-parietale è in media di cm. 9 e mezzo e di 8 il bi-temporale; mentre con un feto di 2600 gr. il bi-parietale misura centimetri 8 e mezzo in media e 7 il bi-temporale.

Con tale differenza nei diametri cranici le applicazioni pratiche possono nei singoli casi far variare molto il pronostico del parto in una larga proporzione delle angustie pelviche.

La media delle dimensioni della testa fetale è presa sulla testa di feti il cui peso oscilla tra i 3000 ed i 3500 grammi, che dànno come peso medio 3250 gr. e come dimensioni, diametro bi-parietale 9 e mezzo, bi-temporale 8.

Ora questa media non è razionale nè esatta, giacchè, così facendo, si trascura di prendere in calcolo una serie di teste di feti nati a termine e provenienti da padri infermi, di peso inferiore ai 3000 grammi.

Dunque, dal punto di vista biologico occorrerebbero due medie: una presa sulla testa di feti che pesano dai 2500 grammi ai 3000, ed un'altra presa sulla testa dei feti che pesano dai 3000 ai 3500 grammi.

Elemento antropologico. — In seguito ai progressi dell'antropologia, la scienza esatta, De Quatrefages per molte forme craniche di epoche quaternarie, Sergi per moltissime del Mediterraneo, ed altri, per altre, hanno dimostrato, fra le altre cose interessanti, la persistenza della forma cranica per molte generazioni, indefinite anzi, che si trasmette per eredità, malgrado l'ibridismo; così che oggi si ammette che forme craniche antichissime persistono nelle popolazioni moderne, di cui alcune possono certamente riferirsi a 6000 anni indietro, quali sono i cranii neolitici della Sicilia e molte teste delle prime dinastie egiziane.

Da tali risultati generali antropologici risulta come di tutto il corpo umano la parte che si trasmette immutata sia il cranio, ed è facile comprendere come i cranii non sono tutti dello stesso volume: Sergi difatti ha dimostrato che vi sono varietà umane a testa grande con massa cerebrale corrispondente e varietà umane a testa piccola; come per la statura; tipi umani grandi e tipi piccoli, pigmei; gli uni e gli altri normalmente costituiti e fisiologicamente analoghi senza che si scorgano caratteri d'inferiorità nell'intelligenza.

Il qual fatto non è nuovo nè accidentale nei mammiferi: in zoologia abbiamo un esempio evidente nelle razze canine derivate tutte dalla stessa specie che dà il cane enorme del S. Bernardo ed il levriere od il bassotto: di grandezze diverse, e corrispondente al volume del corpo è in tali razze anche il cervello.

Nè è a dire che la grossezza o il volume grande del cervello nel senso assoluto abbia un valore maggiore del piccolo nell'uomo, perchè uomini eminenti, come Dante, Gauss ed altri avevano capacità cerebrale piccola, mentre Byron e Cuvier ne avevano una grande. E simili capacità grandi e piccole hanno egualmente uomini d'intelligenza comune.

È facile comprendere, dopo tutto questo, come una media generale di tutti i cranii umani senza distinzione di tipi caratteristici non sia razionale, nè razionale ed esatta può essere perciò la media generale dei diametri cranici come è finora stabilita per le teste dei neonati.

Per essere logici occorrono due medie: una per le dimensioni craniche di feti il cui peso oscilla fra i 3000 ai 3500 grammi e l'altra per quelle dei feti il cui peso oscilla fra i 2500 ai 3000 grammi.

Queste medie basate su principii scientifici corrisponderebbero senza dubbio meglio alla realtà della pratica.

L'importanza di queste ricerche sta nel fatto di determinare le dimensioni della testa fetale quando trovasi ancora nell'utero.

Occorre perciò nello studio dell'apprezzamento dello sviluppo fetale tener esatto conto tanto dello stato di salute quanto dello sviluppo scheletrico e volume della testa del padre.

Doct. **E. Monod** (Bordeaux):

Traitement des métrites.

Le traitement d'une métrite, quelle que soit sa nature, doit répondre à une double indication:

1. Action modificatrice locale;
2. Drainage de la cavité utérine.

En pratique, on s'attache surtout à remplir la première, comme en témoigne la longue liste de topiques proposés dans ces dernières années, mais il semble qu'on perde souvent de vue la seconde.

L'auteur estime que cet oubli donne la clef de nombreux échecs.

Ce qui commande le pronostic de l'intervention, c'est moins la nature de cette intervention, que la réalisation d'un drainage complet et permanent de la cavité. Celle-ci représente un cœcum, dans lequel les liquides sécrétés stagnent forcément s'ils ne trouvent un écoulement facile à travers l'orifice interne du col. Or il arrive très fréquemment que la métrite s'accompagne d'une flexion, qui peut être très minime, du corps sur le col, entraînant une sténose plus ou moins marquée de l'orifice.

L'orifice interne du col, voilà donc la véritable pierre d'achoppement dans le traitement des métrites. Le maintien de sa perméabilité, tel doit être l'objectif de toute intervention. Lorsque cette dernière condition est assurée, on peut prédire que la guérison suivra l'application d'un traitement local rationnel, quel qu'il soit.

Aussi la dilatation doit-elle être, non seulement le premier acte de toute action thérapeutique, mais encore son complément obligatoire.

Dott. R. **Petrilli** (Ornano Grande):

Ditale lanceolato.

Quando vi ha resistenza delle membrane, e che sorge l'indicazione della puntura del sacco amniotico, per espletare il parto, indicazione che non è il caso qui di ricordare, bisogna in un modo o l'altro far detta puntura, e servirsi del dito e dell'unghia molto preadamiticamente, o d'un ferro di calza, come dice il Giordano, o d'un bisturì a cui si sia protetto il taglio con una bendella, per non ferire la vagina, lasciando libera la punta, nel caso che non si sia riuscito col dito o collo specillo, quando fossero le membrane abbastanza resistenti. Ma usando il bisturì introdotto sul dito dell'operatore, molte volte si risica di ferire il polpastrello del dito dell'istesso operatore, come a me è accaduto, oppure, se non si tien ferma la punta del bisturì sul polpastrello del dito, si risica di ferire la vagina, o il collo dell'utero, ferite che poi potrebbero servire di porta d'entrata all'infezione puerperale, senza dire, che ferendosi il dito dell'ostetrico, il medesimo può ricevere grave danno se la vagina della paziente non è bene disinfettata. Per questi motivi ho io ideato il ditale lanceolato, che ha la forma d'un ordinario ditale, che serve a proteggere la paziente e l'operatore, e che s'intromette nel dito indice dell'operatore istesso. Detto ditale è lungo tre centimetri col diametro di due centimetri. Si apre per lo mezzo e resta fermo mediante un perno. Internamente contiene una spirale ed una piccola lancia, onde il nome di ditale lanceolato. Detta lancia esce dal pertugio superiore del ditale, mediante pressione del dito, che si fa da sotto in sopra. Sulla base del ditale vi sono due pertugi, dove s'infila una bendella qualunque, che tiene fermo il ditale sul dito. Il ditale si scompone in quattro pezzi, che sono la lancia, la spirale, e i due pezzi del ditale, e si scompone facilmente mediante un movimento di rotazione, per poterne fare la pulizia e la disinfezione, che è la cosa capitale per ogni istrumento. Quando

dunque è sorta l'indicazione della puntura delle membrane, dopo disinfettato l'istrumento e la bendella, l'operatore mette il ditale sul dito indice della sua mano destra, fa l'esplorazione digitale, e colla vista di far questa, senza intimorir la donna, arriva sul sacco amniotico e lo sente, e quindi non ha che a spingere un poco il dito e il ditale contro il sacco, e così uscendo la lancia dal pertugio si pungono le membrane ed esce il liquido amniotico. Così è protetto il dito dell'operatore, e la vagina e il collo dell'utero della donna, poichè la lancia rientra subito nel ditale, ritirandosi un po' l'indice, e il ditale esce, come è entrato, ossia colla lancia nascosta dentro il ditale medesimo. Questo meccanismo può servire anche per altri usi, come per aprir l'ascesso nelle tonsille dove bisogna andar col bisturì protetto da bendelle, per non ferir la lingua, come scarificatore della congiuntiva, o per aprir ascessi in cavità, come nel fegato, o per aprir ascessi o far tagli di poco conto nei fanciulli, ai quali fa molta impressione vedere il coltello, e così non si allarma vedendo un ditale innocuo, facendo vero anche quel verso dell'immortale Tasso:

E dall'inganno suo vita riceve.

Queste sono le considerazioni che dovea fare sul ditale lanceolato, il quale ha anche il merito di costar poco, L. 5, come un ordinario bisturì; e prego perciò questo onorevole consesso a volerne approvare l'idea, che se è nuova per l'applicazione che ne ho fatto io, non è nuova l'idea d'applicare il ditale nella chirurgia, avendosi il ditale di Langebek. Dice lo Zweifel che la profilassi nessuno danneggia e salva molte; ed il ditale lanceolato è un mezzo profilattico per l'operatore e per la puerpera, evitando le ferite per l'uno e per l'altra e l'entrata quindi all'infezione settica puerperale, la quale, secondo lo Schröder, non è altro che un'infezione settica procedente dalle ferite genito-puerperali, e quindi un istrumento che garantisce da queste ferite; quindi dalle infezioni puerperali non deve ritenersi inutile, nè tampoco superfluo.

Dott. **A. Oliveti** (Napoli):

La dilatazione cervicale dell'utero in rapporto colla fecondazione.

In seguito a molte dilatazioni del canale cervicale dell'utero da me praticate per flessioni e per stenosi, secondo la mia proposta fatta al Congresso medico nazionale di Perugia, ho potuto accertarmi che la fecondazione avviene facilmente dopo tale operazione, e senza bisogno di ulteriore cura.

Così ho potuto anche convincermi, dopo altre osservazioni, che nelle donne del tutto sane, la vera causa della mancata fecondazione dipendeva da una speciale condizione del canal cervicale, sebbene in alcuni casi non si avesse vera e propria stenosi. In seguito a tali fatti, ho eseguito molte volte la dilatazione col mio processo, ed ho visto quasi sempre essere seguita dalla fecondazione, e, ciò che più ammaestra, *a breve distanza dalla eseguita operazione.*

Molti sono i fatti patologici, che anche una lieve stenosi può produrre sull'utero; solo uno piacemi additarne, che, secondo le mie osservazioni, avrebbe una grande parte nell'opporsi alla fecondazione. Questo è il muco denso, che spesso ottura il canal cervicale, massime quando vi sia solo lieve stenosi.

Questo ostacolo difficilmente si allontanava coi mezzi di medicatura ordinaria; è necessaria perciò la dilatazione anche allo scopo di rendere più accessibile il canale cervicale agli altri sussidii curativi.

I casi nei quali ho adoperato la dilatazione piacemi dividerli in quattro categorie, o specie:

1ª Stenosi congenite cervicali con ipertrofia longitudinale del collo;

2ª Stenosi semplice senza ipertrofia longitudinale, nè sopra, nè sottovaginale;

3ª Flessioni uterine per gli effetti che producono nel punto della flessione;

4ª Stenosi avventizie da infiammazioni o da cicatrici per lacerazioni, avvenute nel parto.

Nelle stenosi con ipertrofia longitudinale spesso rinviensi lo stringimento dei due orifici, mentre il canale è esageratamente dilatato; e la ragione di ciò parmi possa facilmente attribuirsi all'azione meccanica del muco denso già menzionato, che soggiornando nel canale, ne rammollisce il tessuto, e lo comprime, operando così una specie di dilatazione permanente, per la quale viene ad esagerarsi la cavità ovoidea fisiologica della cervice uterina. In questi casi la cura ordinaria sarebbe o l'amputazione del collo, se l'ipertrofia è sotto-vaginale, ovvero lo sbrigliamento alla Sims, ovvero l'uno e l'altro metodo combinati.

Nelle stenosi senza ipertrofia è sufficiente la dilatazione, col mezzo il più appropriato al caso.

Nelle flessioni è assolutamente necessario un mezzo di riduzione permanente, onde rimuovere l'ostacolo, che trovasi per lo più a livello dell'orificio interno, e che si oppone al passaggio del liquido fecondante nella cavità uterina.

Nelle stenosi avventizie la dilatazione può farsi benissimo, e con effetto, col solo mio dilatatore.

È da notarsi ancora, che le donne sterili sono per lo più sofferenti, oltre ai patimenti e dolori, che hanno all'epoca mestruale.

Tutte queste abnormità sono l'effetto, nella maggior parte dei casi, di stenosi e di flessioni.

Il ginecologo spesso è richiesto dell'opera sua onde diagnosticare le cause suddette, e di rimuoverle, se è in suo potere. Ond'è che essendomi occorsi molti di questi casi, e datomi attentamente allo studio della ragione vera della non avvenuta fecondazione; eliminate tutte le altre cause, che possono tenerla lontana, ho osservato, che l'unico motivo era una delle anormalità della cervice ora indicate. E tanto più mi sono convinto di questa verità, che avendo praticate molte dilatazioni per flessioni e stenosi vere col mio processo, ho potuto assicurarmi, che la dilatazione per sè stessa favorisce, nella generalità dei casi, la fecondazione.

Dopo questi fatti mi sono accinto allo studio accurato delle stenosi, e dopo molti risultati felici avuti dalla dilatazione, ho potuto convincermi, che solo con questo mezzo si giunge ad ottenere la fecondazione.

I varii processi di dilatazione ora in uso, e a tutti noti, non parmi servano tutti allo scopo prefissomi, cioè di ottenere una efficace e permanente dilatazione, e scevra da pericoli.

E qui torna acconcio il riferire, che fra i mezzi di dilatazione va fatta rigorosa scelta sul processo da adottarsi, massime quando trattisi di sterilità, e quando non vi sia assoluta stenosi. Anzi tutta la cura dev'essere innocua, e possibilmente incruenta, tanto più che molte donne non si pre-

stano alle incisioni uterine. Di più l'effetto dev'essere permanente, senza di che la fecondazione non si ottiene.

E circa la incisione bilaterale alla Sims, sebbene possa dichiararsi il metodo di dilatazione radicale, pure non è scevro da inconvenienti e da pericoli. Nei casi, ad esempio, di conicità del collo, nei quali per lo più l'orifizio esterno è molto ristretto, succede che incidendo profondamente, avviene poscia l'ectropion delle labbra create dall'incisione: fatto spiacevole e dannoso, che spesso induce una ribelle endometrite del collo, e così la donna non si feconda. V'ha di più: il rischio, nei casi di flessioni laterali, di far cadere l'incisione sul peritoneo, se per avventura sia atrofizzato il tessuto nel punto della flessione; accidente questo gravissimo e pericoloso, che potrebbe cagionare la morte dell'operata.

Invece adoperando il mio processo di dilatazione viene ovviato a tutti gli accennati inconvenienti. Nè colla dilatazione graduale alla Hegar si raggiunge lo scopo, giacchè questo mezzo non produce che una temporanea dilatazione, come usasi per eseguire il raschiamento.

Ecco senz'altro in che consiste il mio processo.

Fo uso di un dilatatore speciale da me immaginato. Esso è composto di due branche, quasi rette, che sono cucite inferiormente in modo che si possano muovere con agevolezza. Verso l'estremità acuminata, che chiamerò estremità uterina, le branche sono piegate a guisa di baionetta. Tale disposizione è necessaria perchè si possa colla vista dominare il campo operatorio, e perchè la punta non possa giungere al fondo dell'utero. Questa parte dell'istrumento è calcolata in modo, che non può recare lesioni al fondo uterino, a meno che non si trattasse di iperinvoluzione uterina, ovvero d'utero infantile. Da un lato vi sono applicate due viti: l'inferiore serve a mantenere chiuso l'istrumento nell'atto che s'introduce nell'utero, l'altra serve a divaricare le branche dell'istrumento, e così praticare la dilatazione.

Usati preventivamente lavaggi antisettici in vagina, ed applicato un conveniente speculo, mi assicuro delle condizioni del canal cervicale, e della cavità uterina mediante una sonda, e ciò allo scopo di dirigere viemmeglio il dilatatore. Se a caso vi fosse flessione, va prima corretta colla sonda. S'introduce allora lo strumento fino a che la sua piegatura tocchi l'estremità sotto-vaginale del collo ed in modo che le viti del dilatatore guardino la destra dell'operatore. Aperta la vite, che teneva chiuso lo strumento, si gira a destra l'altra vite, e così si comincia con ripetuti giri gradatamente e lentamente ad operare la dilatazione, e così si continua finchè la dilatazione sia giunta al punto desiderato.

Allora, dopo qualche momento di sosta, si gira a rovescio la vite stessa, e così l'istrumento a poco a poco si chiude e si estrae dall'utero. La divaricazione a cui debbono giungere le branche dell'istrumento deve essere proporzionata al caso: in generale non deve oltrepassare un centimetro e mezzo, o due. Le branche dell'istrumento mantengono quasi completo parallelismo durante l'operazione, e ciò è dovuto anche alla elasticità delle branche.

Dopo l'operazione non uso che lavaggi di acqua antisettica e tiepida, ed applico un piccolo globo di cotone idrofilo imbevuto di sostanze antisettiche, che rimuovo dopo 24 ore. Così pratico per alcuni giorni, se indicazioni speciali non mi obblighino ad altre medicature, ovvero a ripetere la dilatazione. Questa dilatazione può dirsi una vera divulsione del canal cervicale.

Questa adunque è una vera divulsione, che lascia effetto permanente.

Solo in tal guisa è concesso, come spero d'aver dimostrato, di ottenere una dilatazione permanente, e tale, che anche data la consecutiva riduzione del canale cervicale, la fecondazione possa avvenire. Se ad una prima divulsione non si ottiene l'effetto voluto, si ripete una, due e più volte facendo pure uso del dilatatore n° 2; e se la riduzione del canale, dopo pochi giorni fosse rapida, allora fo uso di qualche sonda di Hegar. Così è tolto il pericolo di nuova stenosi.

Se il muco, che prima della dilatazione otturava il canale, non sia scomparso, fo medicature con tintura di iodio, portata entro la cervice con sonda apposita munita di cotone idrofilo. E se questo mezzo non riesce, adopero sostanze caustiche di varia specie; e qualche volta ho fatto uso del raschiamento, il quale riesce agevole dopo la divulsione.

Così ho ottenuto che le fecondazioni avvenissero, ed anche in casi nei quali per le lunghe cure infruttuose, e pel lungo tempo decorso, era tolta ogni speranza di ottenere la tanto desiderata prole; e si erano giudicate sterili donne che poscia divennero madri.

Dalle esposte osservazioni parmi si possano trarre le seguenti conclusioni:

1° Le stenosi uterine congenite, od acquisite, costituiscono una grande causa di sterilità;

2° Le flessioni per gli effetti che producono sul libero drenaggio endo-uterino sono pure importante causa di sterilità;

3° Ammessa l'integrità dell'apparato sessuale muliebre, anche le stenosi relative possono essere d'impedimento alla fecondazione; perciò ritengo razionale tentare una moderata dilatazione, giacchè è molto probabile, che in certi casi un calibro pressochè normale non basti alla fecondazione;

4° Il denso muco, che ostruisce il canal cervicale, può di sè stesso impedire il passaggio del liquido fecondante, e così rendere sterile la donna;

5° In tutti gli accennati casi la cura radicale è la dilatazione eseguita secondo i varii mezzi di dilatazione, ma da preferirsi in linea generale la divulsione, secondo la mia proposta;

6° Escluse tutte le altre malattie, che portano il loro contributo alla sterilità, è da ritenersi in questi casi, che la causa vera sia la stenosi assoluta o relativa, o il muco, che ottura il canal cervicale.

Ora, o signori, non mi resta che raccomandarvi questo mio processo, che è frutto di studii incessanti e di accurata osservazione clinica.

Dott. **G. Giglio** (Palermo):

Sulle suppurazioni pelviche e sul loro modo di propagarsi.

Un anno addietro nel congresso di Bruxelles il professore Mangiagalli presentava le conclusioni del mio lavoro sperimentale dal titolo: *Osservazioni anatomo-cliniche sperimentali sopra i flemmoni pelvici e le ovarosalpingiti e sulla loro cura.*

Le esperienze praticate sulle cagne, sui conigli e sulle cavie, provocando artificialmente, per mezzo di inoculazioni di materiale settico, delle infiammazioni nella pelvi e negli organi genitali, mi condussero ai seguenti risultati:

1. I flemmoni e le suppurazioni pelviche hanno la loro origine nelle lesioni della vagina, della vescica e del collo dell'utero.

2. L'agente infettante, cagione del processo flogistico, viene trasportato nei tessuti pelvici e negli organi genitali interni dalla circolazione sanguigna e linfatica, che attraversa i legamenti larghi e che mette capo da una parte agli organi ovaro-tubarici e dall'altra alle pelvi ed all'utero.

3. L'adeno-flemmone e l'ascesso del legamento largo esiste, sebbene sia poco frequente; l'adenite semplice però è il fatto più ordinario.

4. La preparazione della infiammazione per continuità di tessuti o per mucosa, come si dice, se non si può escludere, deve collocarsi in seconda linea alla propagazione per i vasi sanguigni e linfatici, e quando avviene, il più delle volte, ha seguito la via discendente, anzichè quella ascendente, cioè si è propagata dalle trombe all'utero, essendo pervenuta nelle trombe, attraverso i vasi dei legamenti larghi.

5. Le alterazioni delle trombe sono sino ad un certo punto suscettibili di guarigione o di miglioramento e non frequentemente offrono l'indicazione demolitrice.

Ritornai quest'anno sull'argomento, ripetendo largamente le sperimentazioni sul modo di propagarsi le infiammazioni pelviche.

Le vie messe a disposizione dei liquidi e dei germi infettivi furono le mucose, i tessuti pelvici ed i vasi sanguigni e linfatici.

I batterii (streptococchi e stafilococchi, varietà piogene) seguono con più facilità le vie sanguigne e linfatiche, anzichè le vie mucose. Difatti le inoculazioni praticate sulle mucose vaginali ed uterine o determinarono infiammazioni locali o rimasero inerti, non così le inoculazioni sul collo dell'utero e sui fornici vaginali, dopo avere prodotto delle lacerazioni più o meno profonde, e nei vasi arteriosi e venosi, che irrorano la pelvi e gli organi genitali.

Le culture pure e fresche, o riattivate dopo un passaggio sugli animali, spiegano azione efficace sul luogo di inoculazione e quindi vanno ad invadere i tessuti pelvici e gli annessi, determinando alterazioni più o meno gravi, cioè suppurazioni pelviche, diffuse, o circoscritte, o disseminate, adeniti, salpingiti e periovarosalpingiti, a preferenza, endo, meso e periarteriti.

In questo disastroso viaggio si possono facilmente seguire e dentro i vasi nella corrente sanguigna, e nei linfatici perivasali.

I danni sono molteplici perchè alle alterazioni delle pareti vasali seguono le rotture, gli spandimenti sanguigni in mezzo ai tessuti pelvici, le trombosi vasali, le endoarteriti obliteranti, le degenerazioni dei tessuti pelvici.

In tante devastazioni dalla parte della pelvi e dei tessuti periovarosalpingei, le salpingi sono spesso le meno danneggiate, o se il processo infiammatorio è stato grave per i tessuti circondanti le trombe e le ovaia, allora passando ad attaccare le mucose delle trombe con una certa veemenza si vede chiaramente progredire attraverso i corni uterini verso il corpo uterino, che è sempre meno danneggiato delle altre parti.

Questi risultati sperimentali, illustrati dalle alterazioni anatomiche, mi condussero alla critica della cura nelle malattie flogistiche della pelvi e delle trombe.

Poichè le alterazioni sono complesse e disseminate, ed i guasti delle trombe trovano compagni qua e là nella pelvi, mi pare, diceva, che l'annessiotomia non raggiunga lo scopo completo. Le sofferenze se cessano per quel tanto, che si deve a loro, ricominciano dopo la demolizione per quel tanto che rimane nella pelvi.

L'indicazione dovrebbe essere quindi o più radicale, o addirittura conservatrice. L'isterectomia totale con ablazione degli annessi è indicazione radicale, eppure non raggiunge interamente lo scopo. Diceva non raggiunge intero lo scopo, perchè tutto l'utero e gli annessi restano sempre una gran vastità di tessuti inficiati e degenerati nella pelvi, che possono far rinascere le sofferenze. Il connettivo, il cellulare pelvico, il sistema vasale sanguigno, il sistema vasale linfatico, sinanco il periostio di tutto lo scavo del bacino hanno la loro parte, e non possono certamente venire asportati.

Il motto quindi: ***Est modus in rebus***, deve guidare nella cura dell'utero e degli annessi, quando l'indicazione sorge per fatti flogistici, e la conservazione dell'organo deve sempre primeggiare sopra qualunque altra cura.

Dott. G. Giglio (Palermo):

Contributo allo studio delle placente marginate con inserzione eccentrica ed a racchetta del funicolo ombelicale.

Ho portato qui il contributo di 19 casi *di placenta marginata*, perchè credo che lo studio di essa non sia una pura curiosità scientifica, ma debba avere anche il suo lato pratico.

Dallo specchietto seguente si raccolgono i dettagli delle diverse varietà, ch'io ebbi occasione di studiare, nelle quali il vizio era parzialmente o totalmente rappresentato e misto talvolta alla inserzione a rocchetto del cordone.

Caratteri riscontrati nella placenta marginata.

Numero	Indicazione e Nome	Quale è l'epoca di parto	Diametri della placenta intera in Cm.	Diametri dell'area coriale in Cm.	Larghezza del margine in Cm.	Spessore della placenta in Cm.	Osservazioni
1°	Tramontana	9 mesi	20×13×9	15×12×8	2 a 3	3 1/2 ad 1	Gravidanza bigemina
	Id.	Id.	16×15	12×10	3 a 4	3 a 2	Id.
2°	Todaro	Id.	18×10×9	15×8	2 a 3	4 a 2	Id.
	Id.	Id.	13+16	12×10	4 a 3	4 a 5	Id.
3°	Caso di Malaspina	Id.	16×13	x	1 a 3	3	Id.
	Id.	Id.	23×8×3	x	2 a 3	3 a 2	Id.
4°	Cianciolo	Id.	17×16	12×12	4 a 5	4 a 5	Parto semplice.
5°	Napoli	Id.	17×19	x	3 a 4	4 a 5	Id.
	Inviatami	8 1/2 mesi	19×18×17	x	2×3×4	5 a 6	Parto semplice. — La placenta fu raccolta dalla levatrice Pizzimenti.
7°	Inviatami	4 mesi	8×8 1/2	7×7	1 circa	3 a 7	Aborto — Pla enta raccolta dalla levatrice Marchese.
8°	Inviatami	5 1/2 mesi	16×10×11	14×9	1 a 2	2	Aborto. — Placenta raccolta dalla levatrice Orlando.
9°	Inviatami	7 mesi	94×10×3 1/2	12×10×3	2 1/2	4 a 6	Parto precoce — Placenta raccolta dal dottor Vitanza.

Il tipo vero delle placente marginate è raro.

La forma marginata a conca, circolare, quella che fu detta nappiforme, e che fu descritta la prima volta da Fabbri, non è frequente come l'altra forma pure marginata, ma irregolare, che si riscontra spesso nei parti gemellari o nella placenta a racchetta.

I caratteri più spiccati sono il margine, il cercine grigiastro, l'inserzione eccentrica o marginale del funicello ombelicale. Il collaretto placentare è un carattere incostante, e così pure la piega del corion.

Il margine si trova ove più, ove meno pronunziato. Spesso manca in corrispondenza d'uno dei due diametri presi, più spesso però in corrispondenza del diametro più corto.

Il cercine grigiastro, rilevato sulla faccia fetale della placenta, che limita l'area coriale, talvolta fu da me trovato intero, compiente l'intero cerchio, talvolta parziale, limitato in corrispondenza alla porzione marginata, talvolta appena accennato, ed anche mancante.

L'inserzione eccentrica del funicolo ombelicale è costante.

Si tratta di vederlo impiantato più o meno eccentricamente, cioè più o meno lontano dal centro dell'area coriale, e quindi ora vicino al margine, ora proprio sul margine, ora fuori del margine, sul corion tenue.

Il collaretto placentare, formato da quella porzione del corion, che corrisponde al margine, e che si presenta più opacato e più spesso, non è costante, ma non è nemmanco un carattere speciale della placenta marginata.

Sul margine e nell'angolo, che resta tra superficie marginata e corion, esistono essudati e raccolte sanguigne.

Sulla faccia uterina della placenta si attacca uno straterello di tessuto grigiastro, o grigio rossastro, che si può talvolta rimuovere, talvolta vi aderisce solidamente.

Sulla faccia uterina del corion laevi si attaccano spesso larghe falde di decidua.

I cotiledoni sono spesso sviluppatissimi, molto sollevati dal piano coriale, quasi dissociati da profondi solchi intercotelidonari, in modo che la placenta prende quasi l'aspetto d'una sezione di cervello con le sue circonvoluzioni e le sue scissure, mentre altre volte per lo sviluppo differente dei diametri prende l'aspetto d'un rene, o d'una luna mancante, o quella d'un rettangolo, raramente la quasi circolare.

Fermandoci sopra queste diverse forme, dipendenti dallo sviluppo diverso dei diametri, e sulla eccentricità del cordone, viene facile la ragione di credere che in esse ci sia stato un arresto di sviluppo. Alcuni diametri si avvicinarono o raggiunsero quasi il limite fisiologico, altri invece no.

Per quale causa è mancato lo sviluppo?

Se noi sommiamo le misure dei diversi diametri dell'intera superficie placentare in taluni casi raggiungiamo un'area fisiologica o quasi, ma se non consideriamo la porzione marginata, l'area coriale resta per sè sola insufficiente alle esigenze della vita fetale.

Se poi mettiamo in rapporto la somma dei diametri dell'intera superficie placentare col peso della placenta, giacchè se manca spesso la misura, supplisce il peso dato dal maggiore spessore della placenta, noi possiamo credere che non ci discostiamo molto dalle esigenze fisiologiche. Del resto

lo sviluppo, che io ho riscontrato nei feti dei casi suddetti, anche provenienti da parti bigemini, non faceva difetto, o ne faceva molto.

Quindi in molte placente marginate vi ha un leggero arresto di sviluppo, e un deviamento dall'ordinario sviluppo, come nelle placente provenienti da gravidanze gemellari od a termine.

In altri casi sia l'area coriale, sia l'intera area placentare, messe in relazione al peso non danno una quota rispondente alle esigenze fisiologiche. In questi però ci troviamo ancora lontani dall'epoca a termine, e forse per quell'epoca in cui si trovano bastano le aree ed il peso alle normali esigenze.

Per qualche placenta soltanto, come il numero 9, dobbiamo credere sia stata insufficiente all'ulteriore vita fetale, perchè si trovava già al settimo mese, quando è ritenuto che la placenta non cresce più in superficie, sebbene ha sempre tempo di supplire collo spessore.

Se è vero che l'orlo, segnante il limite dell'area coriale, sia quello che impedisce alla placenta di accrescersi di più e di stendersi in piano; se è vero che il margine rappresenta lo sforzo che fa la placenta per raggiungere il fine fisiologico, nei casi da me presentati, questo fine è stato quasi raggiunto. Però l'argomento non è così chiaro, come pare a prima giunta, perchè tra l'orlo e il margine non vi ha relazione costante. Spesso manca l'orlo là dove esiste il margine o viceversa; spesso, e con grande costanza, il margine si trova in corrispondenza del diametro più lungo, mentre per quella tendenza, che hanno tutti i corpi di avvicinarsi per quanto possono alla propria figura, questo margine, indicante lo sforzo, dovrebbe trovarsi in corrispondenza del diametro più corto per arrotondare meglio che può la superficie della placenta.

A mio credere il margine o è formato da una proliferazione posticcia dei villi del contorno più esterno, i quali restano fluttuanti e sporgono dalla circonferenza segnata dall'area coriale, oppure avviene il fatto che i villi della periferia per ragioni di debolezza innata si atrofizzano e lasciano distaccare il corion.

Nel primo caso e nell'altro è ovvio che la decidua reflessa, per quella sua tendenza naturale d'involgere l'uovo, deve penetrare nell'angolo che resta tra corion e margine.

Nella prima e seconda ipotesi gli essudati, i versamenti sanguigni, che spesso e quasi sempre vi si trovano, l'opacamento e l'ispessimento maggiore del corion vicino al margine, indicano, che là probabilmente è stato un processo flogistico, il quale potrebbe essere avvenuto prima o dopo la formazione del margine.

La piega del corion, l'orlo limitante l'area coriale, il collaretto, potrebbero essere dipendenti da fatti infiammatorii. È facile immaginare che il corion libero in vicinanza del margine si ripieghi sopra se stesso e giunga anche a saldarsi dando così luogo all'orlo, alla piega da taluni descritta, all'adesione col margine.

Le alterazioni anatomo-istologiche che io trovo in queste mie placente marginate mi indicano che più che alla anomalìa di sviluppo noi dobbiamo badare alla patologia della costituzione della placenta.

Io ho bisogno di studiare attentamente i preparati microscopici; però le alterazioni più grossolane, trovate nei vasi del corion e dei villi, come l'endoarterite e la periarterite, le infiltrazioni linfoidi sparse, le altera-

zioni della serotina e della porzione materna della placenta mi inducono a credere che la placenta marginata è una placenta ammalata, e come tale non può ingrandire il suo perimetro nè aggiustare i suoi diametri. Forse è da ciò dipendente la prematurità e l'aborto nei casi raccolti.

Volendo far risalire l'irregolarità della forma all'epoca iniziale embriogenitale, bisogna ricorrere alla spiegazione del Fabbri, che è la più logica.

Secondo l'opinione del Fabbri l'allantoide giunge sul corion aggomitolato, in forma di cilindro, e tale resta quando spinge i suoi vasi verso il corion, per irrorare i villi, che corrispondono alla serotina. Tale forma è impressa alla placenta, che deve svilupparsi.

Può darsi che nel processo di atrofia di tutti i villi che sono fuori l'ambito della serotina ne sopravvivano taluni, perchè ricevono per un certo tempo un po' di vita dagli spandenti dell'organo vascolare (allantoide), come può darsi che i villi collocati più alla periferia, sempre nell'ambito di corion rispondente alla serotina, non potendo ricevere molta vascolarizzazione da un'allantoide poco espanso, si atrofizzano coll'andar del tempo. Può darsi ancora che i villi nascono ammalati o che tali divengono perchè i vasi, che manda l'allantoide, sono ammalati, come poi si riscontra.

Qualunque sia l'ipotesi più vera da me fatta partendo dalla supposizione del Fabbri, riguardo all'anomalìa dell'allantoide, ci troviamo nel caso *della anomalia della forma unita alla patologia della costituzione.*

L'anamnesi prossima e remota delle donne a cui i casi appartengono tace in talune, in altre si hanno aborti ripetuti, idramnios, formazioni di mole idatiforme, gravidanze disturbate nei primi mesi. Le cause tubercolari e celtiche furono riscontrate qualche volta solamente, sospettate qualche altra. Mai il vizio di forma fu trovato insieme al vizio d'inserzione, nemmeno nelle gravidanze gemellari. Mi riserbo intanto di approfondire meglio l'argomento.

Dott. **R. Vitanza** (Palermo):

Del taglio cesareo, metodo Sänger, in confronto con l'operazione del Porro.

L'argomento più importante ancor dibattuto in ostetricia e non risoluto in modo definitivo certo si è quello che riguarda l'operazione cesarea, se devesi cioè preferire il metodo Porro o quello di Sänger. Non possono dire nello stato attuale gli ostetrici se l'un metodo è più incoraggiante dell'altro. I pareri tra loro sono disparati tanto che si vorrebbe da alcuni preferire un terzo atto operatorio, la gastroelitrotomia. Mettendo da parte tutti i casi in cui l'indicazione radicale è assoluta, i casi epurati ove possono scendere in lizza, i propugnatori dell'uno e dell'altro metodo sono pochissimi, nè da essi può trarsi una decisione in via assoluta.

Mosso da questa ragione clinica, sin dal 1885 mi decisi a fare, negli Istituti di fisiologia e di anatomia patologica, una serie di esperimenti su animali inferiori prossimi a sgravare allo scopo di dare una statistica sperimentale che, fatta su un buon numero di animali operati coll'uno e coll'altro metodo, dai risultati ottenuti, potessi dedurre con più probabilità quale dei due metodi si deve preferire.

Il numero totale degli animali sottoposti all'esperimento furono 134, dei quali 96 cavie, 28 coniglie, 8 cagne, 2 gatte. Di questi animali 67 li operai col metodo Porro e gli altri 67 col metodo Sänger. Di quelli operati alla Porro devo rammentare che in 32 feci l'estirpazione totale dell'utero. Aggiungo inoltre che per l'operazione Porro ho messo a profitto le modifiche fatte dal Müller e dal Lawson Tait; anzi, senza di esse, non avrei potuto sugli animali condurre a compimento il maggior numero dei miei esperimenti senza che ne arrecassero serii inconvenienti sull'esito dell'operazione. Difatti la fissazione del moncone uterino all'angolo inferiore della ferita dell'addome, se è possibile eseguirlo sull'animale, è difficile però, con tutti gli artificii adoperati, poter mantenere in seguito la ferita scrupolosamente asettica. Ad evitare questi inconvenienti, credei necessario di affondare sempre il peduncolo. Del resto oggi da molti ostetrici, compreso il Porro, si tende a questa pratica. Per queste modifiche e per altre di minore importanza non viene svisato il concetto fondamentale del Porro, anzi io credo che viene maggiormente convalidato; difatti l'idea essenziale dell'operazione (come è noto) sta nell'amputazione dell'utero, che, tolto dal ventre, può essere causa di emorragia, di flogosi, di setticemia per il passaggio della locchiazione dalla cavità uterina nella cavità del peritoneo. Ora a tutti questi inconvenienti si ripara in modo più sicuro coll'asportazione totale del viscere; giacchè coll'amputazione sopravaginale dell'utero non si evitano gli inconvenienti causati dal peduncolo, sia che si adotti il metodo estraperitoneale, sia che si adotti quello dell'affondamento.

L'idea di asportare l'utero degli animali domestici non può dirsi nuova; difatti sin dal 1768 il Cavallini, chirurgo capo dello spedale di Santa Maria di Firenze, pubblicò un resoconto dei suoi esperimenti, in cui ideò il metodo che ora va sotto il nome di Porro, colla differenza che egli contemplava una completa isterotomia, invece di un'amputazione utero-ovarica, coll'intento di ricorrere a questo espediente onde curare il cancro di quest'organo. Tali esperimenti in seguito furono continuati dal Vannoni nel 1782, dal Guidetti nel 1879, dal dottore James Blundell di Londra nel 1828, dal Michaelis di Germania nel 1840, dal dottore Giacinto Fogliato nel 1874, dal Porro nello stesso anno 1874. Debbo notare però che i suddetti operatori nei loro esperimenti non si prefissero altra idea se non quella di trasportare nel campo clinico la detta operazione per migliorare la prognosi del taglio cesareo classico. Se i miei esperimenti fossero stati diretti allo stesso scopo, sarebbero superflui e addirittura inutili, ed io avrei sicuramente abbandonato il pensiero di pubblicarli; ma, giacchè essi sono rivolti a risolvere in via sperimentale, ciò che la clinica finora non ha potuto, io non mi distolgo dal mio proponimento di dare qui i risultati di mia sperimentazione.

E pria di tutto credo utile descrivere brevemente come adoperai tanto il metodo del Sänger quanto quello del Porro.

1. *Metodo Sänger.* — Inciso l'addome sulla linea mediana e aperto il peritoneo passavo attorno l'istmo dell'utero un cordoncino elastico che legava strettamente, indi incidevo l'utero e facevo l'estrazione rapida dei piccoli ed annessi. La sutura dell'utero la facevo nel seguente modo: Introducevo l'ago a mezzo centimetro dal bordo sinistro dell'incisione, attraversando tutto lo spessore della parete uterina, compresa la mucosa; la punta dell'ago la facevo uscire vicino al bordo diritto da dentro in fuori

nello stesso modo. Le suture che facevo con catgut non venivano strette se non quando tutte erano bene a posto. L'utero suturato veniva lavato esternamente con acqua distillata sterilizzata. La chiusura dell'addome con fili di seta veniva fatta dopo di aver tolto il cordoncino elastico, ed essermi assicurato che tutto era proceduto bene. La medicatura esterna la facevo con apparecchio speciale con garza al iodoformio.

2. *Metodo Porro.* — Sgusciato l'utero all'esterno della ferita addominale, passavo attorno all'istmo dell'utero al solito un cordoncino elastico ben serrato, e indi facevo l'apertura dell'utero e l'estrazione rapida dei feti ed annessi. Il peduncolo lo trattavo quasi sempre alla Schröder, colle modificazioni del Morisani. Medicatura come sopra.

3. *Asportazione totale.* — All'asportazione totale non c'è da aggiungere altro che la legatura dell'istmo uterino: invece di farsi col cordoncino elastico, può farsi mediante un serranodi qualunque, per assicurarsi meglio dell'emostasia.

Dopo di avere estratto i feti ed annessi s'incide posteriormente tutto attorno il Douglas; poi si disseca anteriormente con attenzione e delicatezza l'utero dalla vescica, si fa l'ablazione simultanea dell'utero e delle ovaia, e si sutura il contorno peritoneale.

Ecco ora i risultati numerici ottenuti coi suddescritti metodi:

Degli animali operati col metodo Sänger se ne sono salvati 27 sopra 67. Di quelli operati col metodo Porro, coll'affondamento del peduncolo se ne sono salvati 24 sopra 35, coll'asportazione totale, 19 sopra 32.

Questi risultati ci portano alle seguenti conclusioni:

1. Che l'operazione Porro sugli animali è da preferirsi al taglio cesareo, modificato Sänger.

2. Che l'asportazione totale dell'utero e delle ovaia è di incontestabile preminenza sugli altri procedimenti, giacchè con essa si evitano gli inconvenienti causati dal peduncolo, cioè le emorragie interne, le peritoniti, le infezioni, le suppurazioni, sia che esso viene fissato alle pareti addominali, sia che viene affondato nel cavo peritoneale.

3. Che il metodo è semplice nella tecnica operatoria e permette a tutti i medici di fare questa operazione.

4. Che il danno di infezione è ridotto al minimo, poichè dopo l'operazione, tolto il peduncolo, non resta altra piaga che quella dell'addome.

5. La cura consecutiva è molto semplice.

6. Che l'avvenire è riservato a questo atto operatorio radicale sulla donna, per derimere la questione del peduncolo non ancora ben risoluta, non ostante la stupenda dimostrazione fatta dal Mangiagalli in questo Congresso.

Prof. **P. S. Schultze** (Jena):

Operative Heilung urethraler Incontinenz.

Als urethrale Incontinenz bezeichnen wir die durch Insufficienz des Schliessapparates der Blase bedingte, im Gegensatz zu der auf Fistelbildung beruhenden Incontinenz.

Bevor ich von der operativen Therapie rede, will ich kurz erwähnen dass erstens in vielen Fällen die urethrale Incontinenz ihrer Ursache ent-

sprechend vorübergehender Natur ist, einer Therapie nicht bedarf, dass in anderen Fällen durch Electricität, durch Massage, die Innervation der Sphincteren, die Constrictionskraft des Muskels, wiederhergestellt werden kann. Ich erwähne dass, wo die Incontinenz ausschliesslich als Enuresis nocturna auftritt, das von Sänger beschriebene Verfahren der methodischen Dilatation hülfreich ist. Wenn der Sphincter so schlaff, der Blasenhals so weit ist, dass keines der genannten Verfahren Erfolg verspricht, lag der Gedanke nahe, durch Excision den Blasenhals zu verengern um dem Sphincter seine Aufgabe zu erleichtern. Ich operirte so zuerst 1878. Aehnlich operirten mit Erfolg Frank, Winckel, Engstrom, meist ohne Eröffnung der Blase. Frank legte die Wand der Urethra in eine in das Lumen vorspringende Längsfalte. Pawlik stellte unter besonders schwierigen Verhältnissen Continenz her durch operative Querspannung der Urethra und Knickung ihres Verlaufs, indem er sie unter dem Arcus pubis hervorzog und näher der Clitoris anheilte. Gersuny stellte Continenz her, indem er die Harnröhre umschnitt, sie $^1/_2$ bis $1^1/_2$ mal um ihre Axe drehte und in dieser torquirten Form einheilte; Duret, Pousson, Albarran combinirten in zweckmässiger Weise die genannten Methoden; Duret machte Querspannung und Knickung, Pousson Torsion und Knickung, Albarran Längsfaltung und Knickung. Pepin giebt eine gute Zusammenstellung der Methoden in seiner These (Paris, 1893). Wo auf Herstellung eines leistungsfähigen Sphincter verzichtet werden muss haben unbedingt die Methoden von Pawlik, Frank, Gersuny, Pousson, Albarran den Vorzug vor der meinigen, sie setzen mechanische Wiederstände dem angesammelten Urin entgegen, Wiederstände, welche so lange vorhalten bis die Elasticität der Blasenwand oder die Action der Bauchpresse sie überwindet. Wo aber die Aussicht auf einen leistungsfähigen Sphincter nicht aufzugeben ist, bleibt wohl mein Verfahren das rationellere.

Der Vortragende berichtet dann einen Fall den er im Juli 1892 operirt hat: 20jährige Incontinenz seit der ersten Geburt, auch partielle Laceration der Harnröhre. Abfrischung von der Stelle des Orificium ext. der Harnröhre bis über den Blasenhals hinauf. 16 Silkwormsuturen. Heilung per primam in ganzer Länge. Herstellung der Continenz.

Nach lange bestandener Incontinenz ist oft die Capacität der Blase erheblich vermindert. Es ist von grosser Wichtigkeit, um die Vortheile der wiederhergestellten Continenz zur Geltung zu bringen, dass man auch die Capacität der Blase wieder annähernd auf die normale Höhe bringt. Methodisch wiederholte Anfüllungen der Blase mittels Injection sind da von gutem Erfolg.

Doct. **Foveau de Courmelles** (Paris):

Des troubles nerveux utérins et leur traitement électrique.

Les lésions utérines, d'abord simples et localisées, retentissent bientôt sur tout l'organisme, justifiant ainsi l'adage ancien: « La femme vit par et pour l'utérus. » Aussi convient-il de diviser les troubles nerveux consécutifs à un processus morbide venu de l'utérus et envahissant le voisinage d'abord, l'ensemble organique ensuite; il convient, dis-je, de considérer: 1° les troubles nerveux utérins; 2° les troubles nerveux éloignés.

Dans les répercussions utérines je signalerai, consécutivement aux métrites, même guéries et bien guéries, les difficultés ou les trop grandes facilités menstruelles: aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie... L'organe atone laisse trop ou trop peu écouler le flux mensuel. Il faut combattre ces troubles pseudo-paralytiques, et les courants discontinus ou d'induction sont pour cela indiqués. Bien des auteurs les ont préconisés après les avoir employés avec succès, et si j'y reviens, c'est pour vous signaler l'appareil que voici, et qui étend — ce qui n'avait pas encore été fait — le domaine inducteur au col et à la cavité utérine. Un capuchon entoure le col, et une tige platinée le pénètre; capuchon et tige sont conducteurs et concentrent le courant discontinu sur tout l'organe. Les deux pôles du courant peuvent communiquer l'un avec la tige centrale, l'autre avec la partie interne et conductrice du capuchon; ou le circuit peut être fermé par une plaque abdominale. Cet appareil agit mécaniquement et électriquement, et peut également servir à combattre les déviations utérines, causes ou conséquences des troubles que nous envisageons.

Comme intensité, le courant devra être supportable; il varie donc avec les patientes. La durée sera de quinze à vingt minutes, et les séances se feront un peu avant le moment présumé des époques, la semaine qui précède de préférence, s'il y a aménorrhée ou dysménorrhée; la semaine qui suit, s'il y a ménorragie. On les renouvellera pendant quelques mois de la même façon, et ainsi douze à quinze électrisations amèneront la guérison.

Envisageons maintenant les troubles généraux consécutifs à des métrites suppurées, à des salpingites, ovarites chroniques ou autres lésions de même origine; ce sont alors des dyspepsies nerveuses, des névralgies diverses, des céphalées, obésités localisées... Alors la douche d'électricité statique est indiquée pour la guérison si on a fait disparaître la cause, le processus générateur; pour le soulagement, si on soigne en même temps les troubles initiaux.

Cette douche, utilisant le pouvoir des pointes, sera dirigée vers la région malade à travers des peignes métalliques de diverses natures. L'argent, le cuivre, le fer... ainsi employés, m'ont donné des résultats différents. Aussi ai-je l'habitude de rechercher la sensibilité des patientes à tel ou tel métal, comme le faisait Burq, mais de diriger ensuite le fluide franklinien à travers le peigne formé du métal actif, c'est ce que j'ai appelé ***métallothérapie franklinienne***, et qui, combiné parfois aux radiations des lampes à incandescence dirigées en même temps vers la région hyperesthésiée, m'a amené le soulagement et le calme des patientes. Si l'élément rhumatismal ajoute son influence néfaste, ma ***bi-électrolyse***, avec des courants continus descendants et médicaments (sels de lithine, iodure ou bromure de potassium...), sera un excellent adjuvant.

Conclusions

L'utérus malade a un retentissement local nerveux que guérissent les courants d'induction. Il a un retentissement sur tout l'organisme, d'où la production de céphalées, névralgies, troubles hystériformes.... La douche statique à travers des pointes métalliques de diverses natures (***métallothérapie franklinienne***) complète avantageusement le traitement local.

Doct. **M. Fargas** (Barcelonne):

Contribution à l'étude de l'avortement tubaire.

L'observation attentive de quelques cas et l'intervention opératoire dans deux cas d'avortement tubaire, m'ont fait faire les réflexions suivantes:

1. L'avortement tubaire est plus fréquent qu'on ne le pense généralement. J'entends parler de la conception tubaire terminée par la mort de l'embryon, sans rupture de la trompe.
2. Il est l'origine de métrorragies de pathogénie inconnue, sans douleur ni retentissement général.
3. Dans certaines occasions, le sang se porte au péritoine par le pavillon, au lieu de sortir par l'utérus, et alors surviennent les symptômes de l'hémorragie péritonéale.
4. C'est dans ce dernier cas que se présente quelquefois, pas toujours, l'indication de la laparotomie.
5. On trouve alors la trompe grossie, pas déchirée, ouverte aux extrémités, et montrant, à l'intérieur, des coagulums, en même temps que le lieu d'implantation du chorion, origine de l'hémorragie.
6. Si dans l'avortement tubaire il y a désimplantation du chorion, celui-ci peut être expulsé par l'utérus ou dans le péritoine, et, dans ce dernier cas, être réabsorbé. La guérison est l'heureuse terminaison, dans cette contingence.
7. Il est l'origine fréquente de lésions tubaires d'une pathogénie encore peu connue.

Dott. **A. Tauri** (Isola del Gran Sasso):

Cura della febbre puerperale.

Ritenendo la febbre puerperale come morbo infettivo, che ha origine dalle ferite degli organi genitali, le quali alla lor volta si verificano, o per distacco della placenta, o per l'espulsione del feto, spontaneamente o con manovra operatoria; ritenendo che i tessuti dell'utero, del parametrio e della vagina, massime durante il parto, si trovino in eccessivo rigonfiamento per versamento sieroso, che dilata le lacune vascolari linfatiche, e che perciò è difficile sieno esenti da lesioni, le quali in presenza di grumi sanguigni, di materiali succulenti, dell'alta temperatura e del riposo dell'utero diventino settiche, è legittima conseguenza di dover usare l'antisepsi locale, o, meglio, nei luoghi accessibili. Con ciò si esclude la possibilità, che l'infezione possa farsi strada per altri organi, come quello del respiro, ecc. Non dirò degli elementi infettivi perchè tuttora ignoti. Difficile è pure decidere se tutte le malattie febbrili del puerperio sieno infettive. Ad ogni modo, sieno o non sieno tutte, questa quistione sarà certo d'importanza secondaria, perchè dev'essere nostro compito allontanare con eguale sollecitudine e scrupolosità dalle vie genitali tutte le materie atte a produrre la sepsi. Non v'ha bisogno di ulteriori prove per dimostrare, ciò che oggi rigorosamente si pratica

in tutti gli stabilimenti di maternità contro le infezioni puerperali. Cosicchè sotto questo punto di vista la mortalità della febbre puerperale è quasi svanita, ed è svanita per le norme soprattutto di scrupolosa nettezza, mentre i rimedii e i rispettivi metodi han cambiato, e cambiano sempre come la moda del giorno; all'acido carbolico si sostituì il sublimato, al sublimato oggi qualcuno tende sostituire il solveolo. Con ciò non intendo punto infirmare la suprema efficacia dei rimedii antisettici, maggiore conquista della terapia moderna. Qualcuno sosterrebbe, ad onta di tutto ciò, che le lavande uterine, i drenaggi, sieno rigettabili, perchè aprono porta e finestra alla infezione; questa opinione non merita di essere discussa, e quindi per amor di brevità esporrò senz'altro il mio metodo curativo, come preferibile in pratica a quelli comunemente usati. Io, salvo qualche caso speciale, non uso mai caustici. Ho trovato le lavande esclusive della vagina poco efficaci, appunto perchè quasi sempre i processi sono diffusi all'utero, ed il collo dell'utero pesca nella vagina, nè quindi può esentarsi dall'assorbimento, come pure riuscirebbero di limitata influenza le lavande dell'utero quando i processi trombotici e flemmonosi fossero diffusi ai parametrii. L'unico beneficio che arrecano le lavande vaginali uterine in caso di diffusione ai parametrii sarebbe la rimozione dei secreti decomposti o atti a decomporsi. Quindi senza esitare, immediatamente dopo il parto bisogna ricorrere alle iniezioni utero-vaginali, quando ricorrono febbri puerperali. Ma con qual rimedio farle? Come farle? Lo dirò brevemente. Le iniezioni utero-vaginali vanno fatte con una sonda comune di gomma elastica, dopo averla perfettamente immunizzata e rammollita nell'acqua bollente. Detta sonda va adattata all'estremo di una clisopompa parimenti disinfettata. Un recipiente della capacità di più litri va sottoposto alle parti genitali. Bollita l'acqua si lascia raffreddare fin che torni alla temperatura di 48.50 C., che si mette in altro recipiente ove sarà messa in funzione la clisopompa. Ciò posto s'introduce lo speculum e poi la sonda come sopra rammollita gradatamente nell'utero, iniettando parecchi litri (da 4 a 6) di acqua calda come sopra.

Quello che merita massima accortezza, ed è il momento più importante della tecnica operatoria, è che bisogna volgere in diverso senso la sonda con movimenti graduali da sotto in sopra, da un lato all'altro e viceversa, per fare che il suo becco sempre rimasto indurito possa fregare l'intera superficie dell'utero. Fatto ciò s'inietta un litro di soluzione di sublimato all'1/5000 e si lascia riposare la puerpera. Questa operazione si ripeterà tre o quattro volte al giorno, secondo la gravità dei casi. Ne deriverà dopo pochi giorni con queste lavande ripetute che i lembi più aderenti alla faccia interna dell'utero vengono distaccati ed esportati durante le lavande dentro lo speculum da dove possono agevolmente rimuoversi. Un accidente degno di essere notato è che le iniezioni larghe e ripetute di sublimato non tardano a riuscire venefiche; è perciò, che io, passati i primi giorni del massimo pericolo, le alterno con le iniezioni di cloruro di sodio, facendo eseguire in pari tempo collutorii di clorato di potassio, intervenendo, come spesso accade, la stomatite mercuriale. Uso pure le iniezioni ipodermiche di bicloridrato di chinino nello scopo di tonicizzare il cuore e moderare la febbre, ed infine qualche purgante per liberare l'intestino dalle feci. Le semplici lavande antisettiche, ed il raschiamento molle fatto con uno

stiletto munito in un estremo di una torunda di cotone idrofilo bagnato nel perossido d'idrogeno, non mi hanno dato quei successi che in questi ultimi anni hanno dato a Foster e Scott. Lascio infine il drenaggio a permanenza nell'utero nei soli casi che verificansi in campagna, dove per ripetere le iniezioni mancano persone idonee ad introdurre la sonda nell'utero. Però siccome questo facilmente viene espulso provocando dolori, così è utilissimo iniettare più volte una soluzione leggiera di cocaina. Ecco un breve riassunto del lavoro che andrò a pubblicare per intero.

Prof. **Laroyenne** (Lyon):

Des indications de l'hystéropexie — Simplification de son procédé opératoire.

I. — Ce n'est pas seulement dans les prolapsus de l'utérus qu'est à recommander la ventro-fixation de cet organe, aidée, s'il est nécessaire, par d'autres opérations complémentaires comme la colporaphie, l'amputation du col, etc. La solidité des nouvelles attaches est telle qu'elles résistent à l'épreuve de la grossesse et de la parturition. Elle a été appliquée aussi, comme on le sait, dans la rétroversion utérine réductible, quoique celle-ci puisse bien être maintenue le plus souvent par un anneau de Hodge convenablement choisi.

Mais l'objet de cette communication est surtout d'étendre le champ des applications de l'hystéropexie. Ainsi:

1. Dans la rétroversion de l'utérus irréductible par le fait d'adhérences du péritoine ou des annexes.

2. Dans l'antéflexion compliquée ou non de périmétrite, mais douloureuse à cause de la dysménorrhée mécanique qui l'accompagne. L'hystéropexie en redressant la coudure de l'utérus, supprime les accidents que comporte cette déviation, déviation jusqu'ici uniquement justifiable de l'amputation du col.

Ainsi, lorsque l'exploration des annexes ne décèle pas une tuméfaction des ovaires et des trompes par trop considérable; lorsque cette tuméfaction ne s'accompagne pas d'une sensation de mollesse qui trahit la présence d'un liquide épanché ou infiltré; lorsqu'il s'agit, en un mot, d'une annexite ou péri-annexite sèche, membraneuse, on doit, respectant les adhérences dont le décollement entraîne une aggravation opératoire et dont on peut se passer, fixer simplement l'utérus à la paroi abdominale. Il est certains indices qui font pressentir, chez ces malades, l'opportunité de ce genre d'intervention. Elles appartiennent à la catégorie de celles qu'une columnisation ou des massages peuvent soulager, quelquefois même un anneau, bientôt d'ailleurs rendu insupportable par la pression qu'il exerce. La ventro-fixation leur rend la station et la marche faciles, ou du moins possibles, sans les priver à jamais, par une ablation des annexes, de tout espoir de fécondité.

II. *Procédé opératoire.* — On commence, à l'aide des bougies de Hégar, par dilater et par aseptiser la cavité utérine, pour éviter toute infection, si accidentellement cette cavité était traversée par un point de suture fixateur.

Un hystéromètre de fort calibre, introduit, soulève l'utérus et l'applique contre la paroi abdominale qui est incisée dans une étendue de cinq à six centimètres seulement.

La cavité abdominale est fermée aussitôt qu'ouverte, puisque l'aide, qui suit des yeux la réduction, applique l'utérus contre son ouverture. On surveille, à ce moment, la masse intestino-épiploïque et même la vessie qui peut avoir glissé de bas en haut par suite du prolapsus de l'utérus, tout en conservant ses adhérences avec cet organe. La matrice n'est donc pas relevée à l'aide de la main, ni de pinces, ni de fils provisoires traversant le fond de cet organe (Ferrier). Ces manœuvres exposent à une infection, à un écoulement sanguin toujours difficile à arrêter. Alors on introduit des aiguilles-broches — deux ou trois — à travers la couche aponévrotique de la paroi abdominale, le péritoine et le tissu utérin. On devra, en les introduisant, veiller à ce que la portion du péritoine comprise entre sa section et le point d'entrée des aiguilles, soit telle des deux côtés que l'adossement sur la ligne médiane soit largement assuré. Les aiguilles-broches sont seulement alors chargées d'un crin de Florence et retirées l'une après l'autre en entraînant chaque fil que l'on noue successivement. La réunion cutanée termine l'opération.

Prof. **Laroyenne** (Lyon):

De la réunion immédiate secondaire, par des fils d'attente, de l'ouverture du drainage abdominal, après une laparotomie.

Ce mode opératoire a pour but de diminuer la durée de la cicatrisation dans la laparotomie suivie de drainage. De plus il permet d'obtenir une réunion solide des diverses couches de la paroi pour s'opposer à l'éventration sans recourir à une intervention ultérieure.

Voici comment on procède:

Je suppose un drainage de Mikulicz jugé utile; on traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale par deux fils métalliques. Ils sont noués sans être serrés et renforcés par des crins de Florence placés sur l'aponévrose. Ces fils d'attente, posés au moment même de l'opération, permettront de suturer, séparément, les couches de la paroi abdominale que, plus tard, on ne pourrait isoler sur la tranche uniformément bourgeonnante de la plaie. Les fils de l'aponévrose sont distincts pour chaque côté de la plaie afin d'éviter d'avoir trop d'anses dans les parties réservées au sac de gaze. Les fils sont noués deux à deux au moment où on retire le Mikulicz.

Lorsqu'une suppuration trop prolongée empêche d'effectuer la réunion en temps utile, lorsqu'on craint que les fils ne se résorbent ou ne coupent les tissus, il faut, quatre ou cinq jours après l'opération, nouer ceux de la partie inférieure de la plaie pour la fermer. En effet, c'est à cet endroit que l'absence de réunion prédispose le plus — l'observation me l'a démontré — à des éventrations; c'est de la solidité en ce point que dépend la solidité dans toute l'étendue de la plaie qui n'a pas été réunie au moment de l'opération. Smith plaçait déjà un seul fil d'attente à l'endroit du tube de drainage.

La réunion immédiate secondaire est aussi applicable lorsque le plan aponévrotique a été intéressé et non le péritoine, ainsi dans les abcès profonds de la paroi abdominale ou après l'ablation d'une tumeur fibreuse interstitielle, quand la réunion immédiate primitive n'a pas été effectuée volontairement sur toute la longueur de la plaie.

En résumé, dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparotomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, lui enlève toute prédisposition à l'éventration.

Prof. A. **Pinard** (Paris):

De l'appareil de MM. Burlureaux et Guerder pour les injections sous-cutanées copieuses, lentes et chaudes de sérum artificiel.

M. le professeur Pinard présente cet appareil qui permet d'injecter sous la peau lentement, facilement et d'une façon uniforme des quantités quelconques de liquides non visqueux. Il consiste en un flacon gradué, contenant le liquide dans lequel on comprime de l'air, au moyen d'une pompe; cet air chasse le liquide, d'une part, dans un petit manomètre à air comprimé, qui permet de régler la pression, et, d'autre part, dans un tube terminé par une aiguille introduite sous la peau. Mais pour arriver à ce tube, le liquide comprimé est tenu de passer à travers un filtre d'amiante. Grâce à cet obstacle, à la longueur du tube vecteur et à la finesse de l'aiguille, le liquide sort en petit jet; il peut même ne sortir que goutte à goutte.

L'antisepsie est assurée:

1. Par le filtre, constitué par une forte boule de pulpe d'amiante, maintenue en place au moyen d'une rondelle de tissu d'amiante.
2. L'air qui sert de moteur se trouve filtré dans la pompe même.
3. On peut d'ailleurs faire bouillir, un quart d'heure avant de s'en servir, tout l'appareil rempli du liquide à injecter, en ayant soin d'enlever la pompe pendant cette ébullition. On a ainsi un liquide aseptique et chaud qu'on peut maintenir à une température convenable pendant toute la durée de l'injection, si l'on laisse l'appareil dans le récipient qui a servi à le faire bouillir.

Le débit varie suivant la pression; une moyenne recommandable est celle de 200 grammes à l'heure. Le flacon contenant 150 grammes, il suffit de le remplir, environ tous les trois quarts d'heure, sans attendre qu'il soit tout à fait vidé.

Il se remplit par l'orifice qui donne asile à la pompe. Pour reprendre l'opération, il faut revisser la pompe à fond et donner un coup de pompe tous le quarts d'heure environ, suivant les indications du manomètre.

En cas d'urgence, on pourrait débiter tout le flacon en dix minutes, mais alors le liquide ferait tumeur, n'étant pas absorbé, au fur et à mesure de son introduction. Il serait bon, dans ce cas, de faire plusieurs piqûres successives. On parvient ainsi à introduire sous la peau et sans inconvénient, un et même deux litres, en quelques heures.

Nul doute que ces injections ne puissent rendre de grands services dans les maternités, chez les femmes exsangues et, peut-être, chez celles dont il y aurait à laver le sang (éclamptiques).

C'est à ce titre que nous recommandons cet appareil, qui peut être utilisé dans maintes autres circonstances (choléra, hypotension artérielle, auto-intoxications et intoxications, injections copieuses de liquides organiques dilués, etc.). Tous points qui mériteraient des études étrangères au domaine obstétrical.

Doct. **G. Apostoli** (Paris):

Suites éloignées du traitement électrique conservateur en gynécologie — Grossesses consécutives.

L'électrothérapie gynécologique n'a pas, comme certains le prétendent, ou comme d'autres le publient pour nous surprendre en flagrant délit d'erreur, l'ambitieuse prétention de se suffire à elle-même dans tous les cas, et de pouvoir se passer constamment de la chirurgie.

Non, certes, ses visées sont moins élevées, et elle n'aspire qu'au rang modeste d'auxiliaire utile de la chirurgie.

Mais, dans l'ordre et dans la hiérarchie des agents thérapeutiques de la gynécologie conservatrice, l'électrothérapie entend occuper la première place, et voici, sommairement, quels sont ses droits à cette préséance.

Parcourons, en effet, d'un coup d'œil rapide, les principales affections pathologiques dont le bassin de la femme peut être tributaire, et nous y verrons l'influence maîtresse qu'y occupe l'électrothérapie en tant que médication symptomatique.

a) Nous avons d'abord une trinité de symptômes (métrorragie ou ménorragie, dysménorrhée et aménorrhée) que l'on rencontre partout, chemin faisant, dans l'étude des maladies de l'utérus ou des annexes.

L'électricité, sous ces trois formes d'administration principales (faradique, galvanique et sinusoïdale), est très efficace pour combattre, améliorer ou rectifier cette triade de symptômes qui forment, pour ainsi dire, la base de la pathologie féminine.

Ici, c'est le pôle positif d'un courant de pile qui arrête le plus souvent une hémorragie.

Là, c'est le pôle négatif qui provoque bien des fois le retour des règles absentes.

Plus loin, c'est le courant faradique qui, avec la dualité de son mode opératoire (courant de quantité ou courant de tension), peut remplir plusieurs indications, et notamment combattre ou soulager la douleur, surtout quand sa source ou sa nature sont d'origine nerveuse.

Nous avons enfin le courant sinusoïdal que j'ai appliqué en gynécologie, sous l'inspiration de M. D'Arsonval qui l'a introduit en médecine; il constitue une adjonction précieuse aux autres modes électriques pour combattre l'élément douleur et aider à la résolution des exsudats inflammatoires.

b) Envisageons, d'autre part, les lésions principales qui sont tributaires de l'électrothérapie, et nous verrons qu'elle est toute-puissante

d'abord contre l'endométrite, auprès de laquelle elle remplit le même office que le curettage chirurgical. C'est ici, surtout, que la galvano-caustique intra-utérine occupe une place prépondérante dans la hiérarchie des moyens électriques à conseiller.

Elle est d'une efficacité bien supérieure à la faradisation, parce qu'elle associe à son action trophique et dynamique une action caustique, dosable, localisable et variable suivant le pôle actif intra-utérin. Mais le secret de sa suprématie fréquente est dans son action antiseptique ou microbicide, telle qu'elle résulte des recherches que nous avons faites avec Laquerrière.

Cette médication physique n'entend pas toutefois se substituer *de plano* au curettage en gynécologie, mais elle entend faire aussi bien dans un grand nombre de cas, et quelquefois même mieux, surtout lorsqu'il y a une lésion des annexes concomitante.

c) L'électrothérapie a joué son rôle principal dans le traitement des fibromes utérins.

Ici, elle a fait largement ses preuves depuis l'année 1882, époque à laquelle j'ai préconisé cette thérapeutique en gynécologie.

Il importe toutefois de bien asseoir dans ce groupe de lésions ses indications, sa puissance et ses légitimes ambitions.

Elle ne constitue pas un traitement radical des fibromes, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut les voir disparaître sous son influence, sans que la chose soit illogique, toutefois, au même titre qu'ils peuvent disparaître après la castration, la ménopause ou à la suite de l'involution utérine consécutive à l'accouchement.

L'électricité doit rester purement et simplement un traitement symptomatique des fibromes, et, à ce titre, elle croit pouvoir suffire à la plupart des cas et avoir le pouvoir de conduire le plus grand nombre des femmes atteintes de fibromes jusqu'à la ménopause, dans les meilleures conditions de sécurité et de sauvegarde d'une intervention chirurgicale opératoire.

Oui, quoi qu'en disent certains chirurgiens peu cliniciens, ou intéressés à plaider une mauvaise cause, le fibrome utérin tue très rarement par luimême; on ne pourrait malheureusement pas en dire autant de l'acte opératoire.

Aussi, au nom de la clinique et au nom de près de deux mille malades que j'ai pu observer et suivre depuis douze ans, j'affirme que le fibrome utérin est une maladie très généralement bénigne, qu'à ce titre il a droit à être traité avec plus de réserve, et qu'une thérapeutique conservatrice lui suffit plus de quatre-vingt-dix fois sur cent.

Or, dans l'échelle des agents de cette thérapeutique conservatrice (injections pâteuses d'iodure de potassium de mon maître Tripier, ergot de seigle, hamamélis, hydrastis canadensis, eaux chlorurées, sodiques, etc.), c'est l'électrothérapie qui occupe la première place en raison des services multiples qu'elle peut rendre, et dont voici la proportion générale moyenne évaluée en pourcentage:

Arrêt des hémorragies, 90 pour cent;
Disparition de la douleur, 70 pour cent;
Relèvement de l'état général,. 70 pour cent;
Diminution du volume de la tumeur, 10 à 20 pour cent.

Il faut savoir toutefois que l'électricité rencontre des cas réfractaires, à des titres et dans des proportions variables qui peuvent se ranger sous deux groupes principaux:

1° Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus;

2° Les fibromes compliqués de lésions annexielles graves.

C'est dans ces formes seulement, et pas ailleurs, que l'indication opératoire peut et doit, à mon avis, se poser, et ici encore nous allons, tout à l'heure, voir les services que peut nous rendre l'électricité pour éclairer notre diagnostic.

d) Mais poursuivons encore l'étude très sommaire des indications de cette force physique en gynécologie, et nous arrivons à une troisième catégorie de lésions très communes et très rebelles, qui peuvent être, à des degrés variables, justiciables du courant électrique: je veux parler des lésions des annexes qui forment la compagnie presque obligatoire et constante de beaucoup d'endométrites graves.

Or, ici, il faut faire une distinction très nette: mon expérience me porte à penser et à affirmer que, dans les formes catarrhales, nous pouvons être du plus puissant secours, tandis que nous restons le plus souvent désarmés et impuissants contre les formes graves et surtout suppurées.

Si je voulais d'un mot synthétiser les lésions contre lesquelles cette thérapeutique paraît, jusqu'à présent, inefficace et stérile, je vous dirais que c'est dans les collections kystiques de toute nature et, en particulier, dans les affections suppurées, pelviennes ou annexielles, qu'elle est obligée de désarmer.

Voilà, très à vol d'oiseau, les services synthétiques que l'électricité a pu rendre jusqu'à présent à la gynécologie, et je vous prie de remarquer que je me suis gardé de passer sous silence les multiples défaillances qu'elle peut avoir, comme toute médication, du reste.

e) A côté des services que je viens de signaler, et que l'on pourrait classer sous le titre de services positifs, il y en a d'autres et de très importants qu'elle peut nous rendre, qui dérivent de son impuissance même, et par suite de son efficacité négative.

C'est ici que se place un chapitre nouveau que j'ai ouvert en gynécologie, et qui a pour titre: « Des contributions que le courant électrique peut fournir au diagnostic en gynécologie. »

J'ai parlé tout à l'heure des cas réfractaires aux applications électriques sagement et méthodiquement appliquées; or, cet aveu d'impuissance, associé à l'étude attentive des réactions opératoires et surtout post-opératoires (fébriles ou douloureuses), peut et doit être souvent une pierre de touche destinée à nous renseigner principalement sur l'état des annexes qui peuvent être trop malades pour être conservées.

Cet aveu d'impuissance doit nous éclairer sur un diagnostic douteux, confirmer une hypothèse peu ou point justifiée, et imposer, le plus souvent à bref délai, une intervention opératoire retardée ou refusée.

Ainsi, pour synthétiser ces résultats immédiats et conclure, si nous mettons en regard l'une de l'autre la chirurgie et l'électricité, voici les services que nous pouvons réclamer et attendre de cette dernière médication conservatrice:

1° Dans un grand nombre de cas, elle nous permettra d'éviter une mutilation grave ou inutile, et cela avec la plus grande innocuité possible et au plus grand bénéfice symptomatique et fonctionnel de la malade;

2° Dans quelques autres cas, l'électricité sera l'auxiliaire de la chirurgie qu'elle appellera à son aide, qu'elle imposera au besoin parce qu'elle se déclarera impuissante, et en donnant les raisons de cette impuissance, qui éclaireront un diagnostic méconnu et tiré le plus souvent de l'état des annexes;

3° Chez certaines malades, enfin, qu'on a curettées à satiété, ou qui ont subi une castration ou une hystérectomie, et qui restent malades quand même, l'électricité pourra être appelée à venir essayer de parfaire ou de compléter l'œuvre de la chirurgie pour combattre ici la douleur, là un exsudat, plus loin une hémorragie rebelle; pour aider, enfin, au complet rétablissement symptomatique et fonctionnel d'une malade chez laquelle la chirurgie a épuisé ses armes.

f) Voilà, à titre de préface à ma communication, le bilan très sommaire de ce qu'on pourrait appeler l'action immédiate du courant électrique, contemporaine à son passage; mais mon travail vise un autre but: je me propose d'exposer le tableau clinique des suites éloignées du traitement électrique, envisagées au seul point de vue des grossesses ultérieures.

Ici le problème devient intéressant, car il va ouvrir un jour nouveau sur l'importance de cette médication physique conservatrice.

Ainsi, non seulement l'électricité a la prétention de guérir symptomatiquement beaucoup de femmes, non seulement elle a l'ambition légitime d'éviter quelques mutilations inutiles et dangereuses, mais elle vient de prouver un fait des plus importants, avec observations cliniques à l'appui: c'est que les femmes qu'elle a traitées sont, le plus souvent, dans les meilleures conditions fonctionnelles pour une grossesse prochaine à courte échéance.

Si, pour ne pas être taxé d'exagération, je n'ose pas dire encore qu'un traitement électrique rationnel et préalable prépare un terrain favorable à une fécondation ultérieure, je renverse le problème et j'affirme, au nom des nombreux faits que j'ai constatés, qu'il ne s'y oppose nullement, et qu'il n'est, en tous les cas, nullement passible des objections qu'on a formulées, soit contre certains curettages, soit contre les injections caustiques intra-utérines de chlorure de zinc, par exemple.

Les faits que je viens, aujourd'hui, vous soumettre ont le plus grand intérêt, car, par leur nombre, ils sont destinés à combattre beaucoup de jugements erronés et à augmenter dans de notables proportions la considération du traitement que je préconise, après mon maître M. Tripier, depuis 1882.

Depuis quelque temps déjà, je me suis livré à la tâche ingrate de suivre l'histoire de mes anciennes malades et d'étudier l'action posthume du traitement électrique que je leur avais appliqué; or, parmi elles, quatre-vingt[1]) (dont trente-six appartiennent à ma clientèle privée et quarante-quatre à ma clinique) ont eu une grossesse ultérieure dont on a déjà publié l'histoire.

[1]) Depuis le jour où j'ai fait une lecture sur ce sujet au Congrès médical international de Rome, le 1er avril dernier, le chiffre de mes observations s'est élevé de soixante-sept à quatre-vingt, grâce aux recherches nouvelles que j'ai faites parmi mes malades de clinique, et qui ne sont point encore terminées, du reste (juin 1894).

Je viens donc d'obtenir quatre-vingt succès; j'aurais pu me contenter de la stricte mention du fait de grossesse pour chacune d'eux, mais j'ai préféré faire l'histoire résumée des antécédents de la malade et des traitements suivis pour que ces observations puissent être discutées, analysées et contrôlées.

Le nombre de quatre-vingt succès est très considérable, eu égard à l'âge moyen des malades que je suis appelé à soigner et aux affections dont elles sont affligées.

La plupart des femmes que je traite ont, en effet, de trente-cinq à quarante-cinq ans, et sont atteintes, le plus souvent, de fibromes ou d'affections graves qui entraînent la stérilité.

Ce chiffre de quatre-vingt cas ne saurait toutefois encore comprendre mon total définitif, car un sixième environ des anciennes malades de ma clinique a échappé à mes recherches actuelles, par suite de déménagements successifs et d'adresses introuvables.

Je vais quand même continuer encore mes investigations, et les découvertes que je pourrais faire seront l'objet d'un second travail.

Je renvoie le lecteur, pour la lecture de toutes les observations, au mémoire *in extenso* que je vais publier très prochainement sur ce sujet.

Résumé et conclusions générales

Il ne me reste maintenant qu'à présenter sous forme de conclusions générales le résumé synthétique de cette lecture:

L'électrothérapie intra-utérine (faradique, galvanique ou sinusoïdale), telle que je la préconise, sagement, rationnellement et patiemment appliquée, mérite de rester à la tête de la thérapeutique gynécologique conservatrice pour les raisons suivantes:

1° Parce qu'elle assure le plus souvent une amélioration symptomatique qui tient bien des fois lieu de guérison:

a) Souveraine, en effet, contre l'endométrite et les principaux troubles fonctionnels (aménorrhée, dysménorrhée ou métrorragie);

b) Très efficace contre les fibromes non kystiques;

c) Utile souvent, mais non toujours, contre les phlegmasies péri-utérines non suppurées;

d) Impuissante, par ses seules ressources, contre les collections kystiques de toute nature et les lésions suppurées pelviennes ou annexielles;

2° Parce que, dans les cas où elle est inefficace, elle permet d'utiliser son impuissance même (par l'étude attentive et inoffensive de ses réactions opératoires est post-opératoires) pour éclairer ou confirmer un diagnostic douteux, imposer ou précipiter ainsi une intervention chirurgicale retardée, ou bien déjà refusée;

3° Parce que, si le sconséquences symptomatiques immédiates de son application sont généralement favorables, les suites éloignées ne présentent pas un moindre intérêt à cause des grossesses ultérieures qu'on observe.

Quatre-vingts femmes, toutes déjà soignées par moi, et uniquement par des applications électriques intra-utérines, ont eu, en effet, dans un délai variable, mais le plus souvent rapproché de la fin du traitement,

une ou plusieurs grossesses consécutives, ce qui témoigne à la fois de l'efficacité symptomatique et fonctionnelle du traitement institué.

Je conclus en affirmant que l'électrothérapie gynécologique, loin de se montrer hostile à la chirurgie dont elle cherche au contraire à éclairer la route et à assurer la légitimité des indications, réclame sa place marquée soit, dans un grand nombre de cas, pour éviter une mutilation dangereuse ou inutile, soit, dans quelques autres, pour l'imposer avec autorité, soit, enfin, chez certaines malades, pour terminer l'œuvre de la chirurgie qui a épuisé ces armes et aider de la sorte, plus efficacement et plus promptement, au complet rétablissement symptomatique et fonctionnel.

Doct. **M. Boisleux** (Paris):

Du drainage du cul-de-sac de Douglas.

Conclusions

1. Le drainage du cul-de-sac de Douglas, avec tube en caoutchouc (iodoformé) en forme de croix, est indispensable dans toutes les opérations faites par la voie vaginale, excepté dans l'hystérectomie vaginale totale.

(Dans l'hystérectomie vaginale, la brèche vaginale est assez grande pour laisser écouler les sécrétions purulentes ou non purulentes).

2. Le drainage est applicable dans tous les abcès et phlegmons pelviens, comme dans tout abcès ou phlegmon d'une autre région du corps.

3. D'après le système de pansement antiseptique indiqué plus haut, c'est-à-dire:

a) Soins et toilette du péritoine après l'opération;

b) Soins et toilette du vagin les jours qui suivent l'opération;

c) Soins prophylactiques après l'opération, sur lesquels j'insiste, qui consistent à appliquer à la vulve une serviette imprégnée d'eau phéniquée à 2 et demi pour cent. Cette précaution a pour but d'empêcher l'infection après l'opération, infection qui peut avoir pour origine l'urine, les matières fécales, etc., les différentes sécrétions qui s'écoulent par le drain.

Ces différentes impuretés peuvent fermenter sous l'influence de la chaleur du lit.

La prophylaxie est donc indispensable.

Toutes ces précautions étant prises, la voie vaginale n'est plus à redouter. Elle permettra à l'opérateur de se rendre compte directement si les organes sont malades. Après avoir rompu les adhérences, l'opérateur jugera s'il est possible de conserver les trompes ou les ovaires. Pour ce faire, on peut les amener à l'extérieur par la plaie, et même le plus souvent l'examen digital suffit.

Quant à l'utérus, il est bien rare qu'on ne puisse le conserver, surtout dans les cas où il s'agit de suppuration pelvienne.

En tout cas, il est utile de conserver aux malades leurs organes et de ne point les enlever à la légère; par exemple, un ovaire non augmenté de volume sera enclavé dans les adhérences, on pourra conserver cet ovaire et

donner des chances à cette malade de devenir enceinte, tout en la guérissant de son affection.

Dans ces derniers temps, on a fait un abus de la castration chez les femmes. Cet abus a été très-vivement critiqué dans les différents pays où il s'est produit. Il me semble que la critique serait bien plus sévère encore si l'on enlevait inconsidérément les organes masculins. Le sexe fort réclamerait et tout au moins, ne ferait pas aussi bon marché de son sexe. Il ne consentirait certainement pas à une castration aussi radicale que l'est la castration utérine.

Faisant appel à la chirurgie conservatrice, je trouve qu'il est utile de citer ces lignes de M. Championnière[1]):

« Je crois qu'il y a grand intérêt à considérer les choses tout autrement, et qu'on peut guérir les malades en les mutilant moins. Dans un très-grand nombre de cas, en effet, si les lésions ne sont constituées que par des adhérences, on peut très bien se contenter de les détacher, de libérer l'épiploon, l'intestin, les ovaires et les trompes sans enlever ces organes. Je l'ai fait plusieurs fois avec des résultats satisfaisants. »

Plus loin, M. Championnière, après avoir dit qu'il fallait conserver les ovaires, surtout s'il s'agissait d'une jeune femme, ajoute:

« Je le crois d'autant mieux que je suis convaincu que ces opérations sont bonnes non seulement lorsque les ovaires et les trompes sont tout à fait sains, mais même quand ils sont atteints de certaines lésions qui n'entraînent pas des troubles graves par elles-mêmes.

« Ce n'est pas une vue de l'esprit, j'ai une expérience assez grande de ces cas; j'ai pratiqué assez d'opérations où je n'ai fait que des destructions d'adhérences, soit qu'il ait été impossible de faire autre chose, comme dans les cas les plus anciens, soit, comme dans des cas plus récents, qu'après avoir bien détruit les adhérences, j'aie constaté que trompes et ovaires étaient sains et décidé de les conserver. »

En terminant, nous ne pouvons que souscrire aux principes de chirurgie conservatrice que M. Championnière, après une longue expérience, a émis dans les lignes citées plus haut.

Nous affirmons, que la rupture des adhérences périutérines est plus facile par la voie vaginale que par la voie abdominale. J'insiste de plus, sur le point qu'il est possible de s'en tenir à la rupture des adhérences et que l'opérateur n'est pas tenté d'enlever des organes inutilement.

Mieux vaut s'abstenir de l'opération si on le peut. Ce n'est que lorsqu'on a essayé toutes les médications qu'il faut avoir recours à l'opération. Ne pas oublier le massage gynécologique qui peut rendre parfois des opérations inutiles.

Lorsque l'opération est nécessaire, il faut bien savoir que le service rendu à la malade n'est pas proportionné au poids de la tumeur enlevée, mais à l'opportunité de l'ablation de la tumeur ou des organes malades et au résultat éloigné qui doit être la suite de l'intervention. Si l'on peut obtenir le même résultat ou même un résultat meilleur en conservant l'ovaire, mieux vaut le conserver.

[1]) Championnière, 1893. — Ovarites, salpingites et traitement des adhérences. — Chez Cocoz, Paris.

Les opérateurs objecteront que l'on ne voit pas l'ovaire par la section vaginale ou élytrotomie, tandis que par la laparotomie (section abdominale) on peut voir les ovaires et les examiner à l'œil nu.

A ceci je répondrai: qu'avant d'examiner les ovaires à l'œil nu, il faut les décortiquer, et pour ce faire, c'est bien le doigt qui perçoit les brides formées par les adhérences; c'est bien le doigt qui perçoit les différentes bosselures ou aspérités qui se trouvent à la surface de l'organe.

Enfin qu'une fois l'organe libéré, on peut l'amener à travers la plaie vaginale. Le plus souvent même, il n'est pas même besoin de l'amener au dehors, le toucher suffit: le doigt n'est-il pas l'œil du gynécologue? En un mot, l'ovaire inclus dans des adhérences n'est point un organe qu'il faille sacrifier, mais un organe qu'il faut mettre en liberté et à qui il faut rendre la fonction, qu'il a perdue dans les mailles du filet formé par les adhérences. En même temps que la fonction, vous rendrez la santé à la malade, en supprimant les souffrances intolérables qu'elle éprouve au moment de chaque époque menstruelle.



DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA.

INDICE

Prima seduta, 29 marzo 1894.

Seconda seduta, 30 marzo 1894.

Terza seduta, 31 marzo 1894.

Quarta seduta, 2 aprile 1894.

Quinta seduta, 8 aprile 1894.

Sesta seduta, 4 aprile 1894.

Dermatologia e Sifilografia

Prima Seduta.

29 Marzo 1894, ore 15.

Il professore De Amicis, presidente provvisorio, inaugurando i lavori della Sezione, porta un saluto ai colleghi convenuti e finisce invitando l'assemblea a procedere alla nomina della Presidenza.

Il professore Kaposi (*Vienna*) propone che il professore De Amicis sia confermato nella Presidenza; proposta che viene accolta per acclamazione, e la Presidenza viene composta come segue:

Presidente effettivo: Prof. De Amicis (*Napoli*).

Vice-Presidenti, i membri del Comitato ordinatore, cioè: Professore Campana, Majocchi, Pellizzari, Scarenzio, Breda, Barduzzi, Giovannini, Mibelli, Tommasoli.

Segretario responsabile della Sezione: Dott. G. Ciarrocchi.

Presidenti onorarii, scelti tra i membri presenti: Neisser, Unna (*Germania*), Kaposi, Schwimmer, Lang, Gruenfeld (*Austria*), Hallopeau, Jullien (*Francia*) [1], Malcolm Morris, Crocker, Thin (*Inghilterra*), De Watraszewski, Petersen (*Russia*), Haslund (*Danimarca*) [2].

Segretarii: Oro, Risso (*Italia*), Schiff (*Austria*), Ducrey (*Francia*), Broocke (*Inghilterra*), Ravogli (*Stati Uniti d'America*).

---

[1]) I professori Hallopeau, Jullien e Perrin sono i delegati della Società di Dermatologia e Sifilografia francese; quest'ultimo si scusa con lettera di non poter intervenire.

[2]) Come presidenti onorarii, furono dalla Presidenza anche proposti Lewin, Schweninger, Lassar (Germania), Neumann, Janowsky, Pick (Austria), Pringle (Inghilterra), Stokouvenkoff, Tarnowski, Pospelow (Russia), Petrini de Galatz, Kalindero (Rumania), Azúa (Spagna), Boeck (Svezia), i quali tutti avevano aderito, ma non si trovarono presenti.

Seconda Seduta.

30 Marzo 1894, ore 9.

Presidenti: Prof. KAPOSI (*Vienna*), assistito dal prof. DE AMICIS (*Napoli*), dalle 9 alle 11; prof. HALLOPEAU (*Parigi*), assistito dal prof. BREDA, dalle 11 alle 13.

RELAZIONE.

Gonococco e processo blenorragico.

Dr. **K. Touton** (Wiesbaden): Referent:

M. H.! Die Einwände, welche gegen die ätiologische Bedeutung des Gonococcus bei der Blennorrhoe erhoben wurden, hat Neisser auf dem I. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft (1889) und auf dem internationalen Wiener Dermatologencongress wie ich glaube, mit nicht anzufechtenden Beweisen endgültig widerlegt. Seitdem wurde kein nennenswerther Einwand mehr dagegen erhoben. Ich verzichte deshalb darauf, auf diesen Punkt näher einzugehen, indem ich erkläre, dass ich den Gonococcus als die Ursache des blennorrhoischen Processes ansehe.

Schon früher und bei den eben angeführten Gelegenheiten hatte Neisser auch den Satz aufgestellt, dass die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung ein ebenso unentbehrliches als sicheres diagnostisches Hülfsmittel der klinischen Untersuchung sei; nur für einen kleinen Theil der Fälle sei man genöthigt, die Culturmethode zu Hülfe zu nehmen. Gegen die diagnostische Bedeutung der mikroskopischen Gonokokkenuntersuchung wurde nun neuerdings von Bröse in energischer Weise Front gemacht. Er kam zu dem Resultat, dass die mikroskopische Untersuchung zur Stellung der Gonorrhoediagnose nur geringen Werth habe, weil die Gonokokken in manchen Fällen deshalb mikroskopisch nicht nachweisbar seien, weil sie Involutionsformen angenommen hätten. Diese könne nur das Culturverfahren aufdecken. Für die Diagnose der weiblichen Blennorrhoe genügten aber die klinischen Symptome, eventuell der Nachweis von Gonorrhoeresten beim Manne, von dem die Infection stammt. Bröse habe mit Borchert zusammen Fälle beobachtet — einer wird angeführt — wo die Frau kurz nach der Hochzeit erkrankt sei, obwohl vorher beim Manne Secret und Fäden gonokokkenfrei befunden wurden. Letzteres war auch der Fall zur Zeit der Erkrankung und Behandlung der Frau. Auch umgekehrt fand Bröse Weiber mikroskopisch gonokokkenfrei, bei denen sich der betreffende Mann zweifellos eine Gonorrhoe geholt hatte.

Leider versäumt es sowohl Bröse als auch Witte welcher so ziemlich dieselben Grundsätze verficht, genauer anzugeben, wann die mikroskopische Untersuchung in den genannten Fällen als aussichtslos aufgegeben wurde. Neisser selbst hat bekanntlich zu wiederholten Malen darauf aufmerksam gemacht, dass das Secret und die Fäden bei anfangs vollständig negativem Befunde oder bei einem durch zahlreiche andersartige

Mikroben getrübten und deshalb zweifelhaften Bilde sehr häufig im Verlaufe von Wochen untersucht werden müssen, und dass, wenn auch die häufig wiederholten Untersuchungen negativ oder unsicher geblieben seien, provokatorische Ausspülungen mit leicht reizenden Mitteln gemacht werden müssten. In solchen Fällen finden sich plötzlich die vorher vermissten oder verdeckten Gonokokken in überraschend reichlicher Menge. Diese Wirkung der Ausspülungen erklärt sich dadurch, dass durch die neuerdings angeregte stärkere Exsudation in tiefen Epithellagen der Urethra oder ihrer Anhänge wuchernden Gonokokken an die Oberfläche geschwemmt werden, dass durch stärkere Epithelabstossung an Epithelien haftende Pilze mit nach aussen gelangen und dass durch den vermehrten Blutzufluss eine directe Anregung des nur noch kümmerlichen Pilzwachsthums, eine Art Auffrischung des erschöpften Nährbodens geschaffen wird.

Von dieser sorgfältigen Art der mikroskopischen Untersuchung finden wir nun bei Bröse wenigstens ausdrücklich nichts erwähnt. Gerade sie aber würde, wenn von negativen Resultaten begleitet, eine ganz besondere Stütze der Bröseschen Anschauung gewesen sein. Stets wird dagegen die endoskopische Untersuchung, die uns doch über Infectiosität gar keine Auskunft geben kann, in den Vordergrund gestellt. Dies erklärt sich dadurch, dass Bröse es für zum mindesten wahrscheinlich hält, dass, so lange noch chronische Entzündungserscheinungen sich an den Genitalorganen des Mannes oder der Frau abspielen, auch noch Gonokokken im Gewebe sitzen, sonst könne man sich das Fortbestehen der Entzündungserscheinungen nicht erklären. Diese Gonokokken aber seien nun in den mikroskopisch negativen, doch ansteckenden Fällen mikroskopisch eben nicht nachweisbar, weil sie « Involutionsformen » angenommen hätten. Ehe ich auf diese von Bumm schon erwähnten, von Wertheim zu erneuter Geltung gebrachten Involutionsformen eingehe, bemerke ich noch, dass ich an die Möglichkeit einer Fortdauer des chronisch entzündlichen Processes auch ohne Anwesenheit der Gonokokken oder deren Involutionsformen ganz sicher glaube. Warum sollte die durch das Virus gesetzte Gefässläsion dessen Anwesenheit nicht überdauern und zu fortgesetzter Exsudation Veranlassung geben können? Zum weiteren Fortschreiten des Processes auf vorher gesunde Partien bedarf es freilich des Virus selbst.

Was nun die Involutionsformen anbelangt, welche den Farbstoff schwer oder gar nicht mehr annehmen, den scharfen Contour verlieren und schliesslich zu Krümeln und Kügelchen umgewandelt werden, so ist es Wertheim mit seiner Methode geglückt, aus Culturen, die fast nur solche Formen enthielten, durch Uebertragen auf neue Nährböden neue lebenskräftige und infectionsfähige Culturen zu erhalten. Diejenigen, welche sich mit Untersuchungen gonokokkenhaltiger Gewebe beschäftigt haben, kennen alle die verschiedene Tinctionsfähigkeit der Gonokokken, welche wohl einer grösseren oder geringeren Lebensfähigkeit und Virulenz entspricht. Hier aber ist ebensowenig wie in Secretpräparaten zu entscheiden, ob dieses oder jenes Körnchen oder Kügelchen einem degenerirten Gonococcus, einem Mastzellenkorn oder einem Detritusrest einer zerfallenen Zelle entspricht, und wenn es wirklich von Gonokokken stammt, ob es noch lebens-, fortpflanzungsfähig und virulent ist oder nicht. Mit anderen Worten: Die alten Involutionsformen der Gonokokken und ihre etwaige Virulenz können wir

tweilen in Trockenpräparaten und Schnitten nicht mit Sicherheit diagno-iren, wenn wir auch oft aus ihrer Lage eine grosse Wahrscheinlichkeit für haben, dass sie von Gonokokken herstammen. Sehr zweifelhaft ist jedoch, ob die Culturen Wertheim's wirklich aus derartigen Involutions-rmen oder nicht vielmehr aus den dazwischen liegenden normalen Gono-kken hervorgingen. Verlockend erscheint Luther's Hypothese, dass bei er latenten und doch noch infectionsfähigen Gonorrhoe « Dauersporen » orhanden sind, die wir vorläufig noch nicht nachweisen können, die viel-eicht mit den Wertheim'schen Involutionsformen identisch sind.

Ich will nun nicht wieder zu den Bröse'schen Angriffen zurückkehren. Es scheint dies um so weniger nothwendig, als Neisser diese selbst nach Fertigstellung meines Referates widerlegt hat. Ich fasse nur kurz zusammen, dass die nach Neisser modificirte Methode sorgfältiger microscopischer Untersuchung einen bedeutenden Fortschritt für die Diagnose, Therapie und Prophylaxe darstellt, dass sie in nahezu allen Fällen das Nöthige leistet, und dass nur in einer verschwindend geringen Anzahl von Fällen der Culturversuch zur Diagnose nothwendig ist. Ob in solchen Fällen, in denen es sich um Gemische verschiedener Arten von Bacterien handelt, unter denen nur spärliche Gonokokken sind, die immerhin noch umständliche Culturmethode mehr leistet, als die microscopische Untersuchung, erscheint mindestens fraglich. Mir erscheinen im Gegentheil die microscopischen und färberischen Eigenschaften der im Eiter oder Gewebe befindlichen Gonokokken viel präciser als die Kennzeichen der Gonokokkenreinculturen, besonders wenn — wie meistens — die nachträgliche Ueberimpfung auf gesunde Schleimhäute fehlt. Ich selbst übe jetzt schon seit ca. 10 Jahren in jedem Falle meiner an Blennorrhoe sehr reichen Privatpraxis die von Neisser eingeführte microscopische Gonokokkenuntersuchung und ich habe keinen einzigen Fall zu beklagen, in welchem mir die Infection einer Ehefrau seitens eines Patienten, dem ich die Heirath erlaubt hätte, zu Ohren gekommen wäre. Uebrigens theilen Schauta und Menge diesen Standpunkt auch bezüglich der Diagnose der weiblichen Adnexerkrankungen.

An dieser Stelle erscheint es mir am geeignetsten, einige färbetechnische Bemerkungen einzuflechten, zuvörderst über die elective Wirkung der Roux'schen und Steinschneider-Galewski'schen Doppelfärbung für Secretpräparate. Ich gebe der ersteren den Vorzug, weil die rothe Gonokokkenfärbung der braunen an Schärfe weit überlegen ist. Man muss freilich, um eine Safraninüberfärbung zu vermeiden, die Lösung ganz ausserordentlich verdünnen, so dass sie im Uhrschälchen eben nur einen schwach röthlichen Schein giebt. Um die differentialdiagnostische Brauchbarkeit der Methoden zu versuchen, nahm ich das Secret eines Pat., der mehrfache frühere, nie ganz ausgeheilte Infectionen überstanden und kürzlich eine neue acquirirt hatte. Ich entnahm den Eiter einer Wattevorlage, welche mehrere Stunden vor dem Orificium gelegen hatte. Neben den rothen oder braunen Gonokokken waren massenhafte auch intracelluläre blauschwarze Diplokokken und Stäbchen vorhanden. Unter den ersteren fanden sich wieder solche, welche in Form und Grösse durchaus von Gonokokken nicht zu unterscheiden waren. Nicht ganz selten fanden sich in einer Eiterzelle rothe und blaue Diplokokken von der gleichen Grösse und Form durcheinander gemischt, beide scharf gefärbt ohne jegliche Uebergangsfarben. Derartige Erfahrungen

habe ich auch in anderen Fällen von chronischer Gonorrhoe gemacht und ich war frappirt über diese ausserordentlich scharfe Election. Ich muss gestehen, dass ich dabei einen leisen Zweifel nicht unterdrücken konnte, ob nicht vielleicht doch auch manche in gewissen Stadien befindliche Gonokokken der Gram'schen Entfärbung widerstehen könnten. Ist dies nicht der Fall, so erscheint jedenfalls die Symbiose verschiedener, äusserlich gleich aussehender Diplokokken in einer Zelle bemerkenswerth.

Für die beste einfache Schnittfärbung halte ich die mit Frank's seifigem Methylenblau. Meine vielfachen Bemühungen für Schnittpräparate eine richtige Doppelfärbung für Gewebe und Gonokokken zu finden, waren bis jetzt vergeblich, trotzdem ich alle möglichen Combinationen versuchte. Stets verhalten sich Gonokokken und Zellkerne gleich. Im besten Falle nahmen die Gonokokken eine Art Mischfarbe an, z. B. bei Combination von Löffler mit Entfärbung nach Nicolle und Nachfärbung mit Bismarkbraun, wobei die Kerne gelbbraun, die Gonokokken blaugrün wurden. Einmal gelang ziemlich gut eine Doppelfärbung von Alauncarmin nach Löffler, bei welcher die Kerne sich bläulichroth, die Gonokokken hellblau mit einem Stich in's Gräuliche färbten. Doch sind dies mehr zufällige, keine constanten Resultate und durchaus nicht etwa zu vergleichen mit Doppelfärbungen von Tuberculose- oder Leprapräparaten. Am meisten scheinen in färberischer Beziehung die Gonokokken den Rotzbacillen zu ähneln. Nach der Beschreibung bietet die Methode von Lanz (Vorbehandlung mit Trichloressigsäure, Methylenblau, Eosin) keine besonderen Vortheile.

Ich wende mich jetzt dazu, Ihnen in kurzen Zügen die Resultate derjenigen neueren Untersuchungen zu schildern, welche die Aufklärung der intimeren Beziehungen des Gonococcus zu dem pathologisch-anatomischen Process der primären Blennorrhoe und ihrer Complicationen zum Zwecke hatten. Es sind principielle Wandlungen, welche sich in den letzten Jahren hier vollzogen haben. Sie gründen sich in erster Linie auf genaue Untersuchungen verschiedener von Gonorrhoe befallener Gewebe und engen das Gebiet der sogenannten Mischinfectionen mehr und mehr ein, indem sie dem Gonococcus in der Aetiologie der Complicationen weiteres Terrain erobern.

Die wesentlichen pathologisch-anatomischen Resultate der grundlegenden Publikation Bumm's sowie seines Schülers Gerheim sind in folgenden Sätzen enthalten: « Die Gonokokken dringen nur in das Cylinderepithel, nie in das geschlossene Pflasterepithel ein. Sie vermehren sich im Bindegewebe nur innerhalb der oberflächlichsten Schichten und zwar meistens frei zwischen den Zellen. Die Gonorrhoe ist eine rein locale Erkrankung, die nur auf Cylinderepithel zur Entwickelung kommt. Alle Entzündungsprocesse, die im Anschlusse an Gonorrhoe auftreten, beruhen auf Mischinfection, soweit sich die erkrankten Gewebe in ihrem histologischen Bau nicht eng an das Cylinderepithel anschliessen ». Hiermit war dem Gonococcus ein enges Gebiet angewiesen. Urethra, Uterus, Tuben, Conjunctiva, Rectum stellten nach diesen Dogmen so ziemlich die einzigen Brutstätten des Gonococcus dar und zwar nur ihre Oberfläche sowie die damit zusammenhängenden Eiteransammlungen in ihrem Lumen. Die Perimetritis, die Tripperbubonen, die Prostatitis, Epididymitis, Parametritis, Bartholinitis und der Tripperrheumatismus werden Mischinfectionen zur Last gelegt. Ueber

die inneren Augen- die Herz-, Haut- und Nervencomplicationen wird nicht gesprochen. Gegen diese Lehren wurden schon bald schwerwiegende Bedenken erhoben. Es wurde eingewandt, dass doch die männliche Urethra gerade in den allervordersten Parthien, der Eingangspforte der Gonorrhoe, Pflasterepithel trage. Auch die Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen wurde dagegen in's Feld geführt.

Da kam ich (1888) durch einen glücklichen Zufall in die Lage, die mikroskopische Untersuchung eines mit Pflasterepithel ausgekleideten, zwischen beiden Praeputialblättern verlaufenden, gonorrhoisch entzündeten Drüsenganges vorzunehmen und durch den Gonokokkennachweis im Epithel die Unhaltbarkeit der Bumm'schen Hauptthese darzuthun. Dinkler (17) gelangte durch Untersuchung zweier an perforirender Keratitis und Iritis zu Grunde gegangener blennorrhoischer Augen zu dem gleichen Resultat. Er fand sogar die Gonokokken tief im Bindegewebe der Cornea und Iris in Eiterzellen eingeschlossen. Weitere Bestätigungen folgten rasch. Jadassohn, Pick, Fabry untersuchten ähnliche Gebilde wie ich früher und zuletzt im Jahre 1892 und fanden ebenfalls die Pilze im Plattenepithel. Rosinski wies die Gonokokken im Epithel der Mundhöhle Neugeborener nach.

Diese Publicationen waren die Vorläufer eines grossen Umschwungs in der ganzen Auffassung des blennorrhoischen Processes. Ihnen folgte 1891 und 1892 die Arbeit Wertheims über die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe, der dritte Markstein in der Erforschung der Tripperprocesse seit Entdeckung des Gonococcus. So knüpft sich die neuere Geschichte der Gonorrhoe an die Namen Neisser, Bumm, Wertheim. Eine vereinfachte und vervollkommnete, inzwischen von Gebhard, Menge, Steinschneider, Risso, Abel und Wolf nachgeprüfte, anerkannte und modificirte Culturmethode, welche vermittelst des Plattenverfahrens den Nachweis der Gonokokken manchmal auch da relativ leicht ermöglichte, wo die mühsame mikroskopische Durchforschung vieler Präparate im Stiche liess, erfolgreiche Uebertragungen von Gonokokkenreinculturen aus Gonorrhoe- und Salpingitis-Eiter auf vorher gesunde menschliche Harnröhren, experimentelle Uebertragung solcher Culturen in den Peritonealsack kleiner Thiere, zahlreiche Untersuchungen der dabei gewonnenen Gewebe sowie solcher von Operationen am Menschen dienten den Wertheim'schen Forschungen als Grundlage. Wertheim fand zunächst, dass das Plattenendothel des Peritoneums für den Gonococcus durchgängig sei, dann bestätigte er die Möglichkeit eines auch tieferen Eindringens der Pilze in's Bindegewebe dem Verlaufe der Gewebsspalten folgend in ähnlichen Zügen und Haufen wie die anderen pyogenen Microorganismen. Die im Anschluss an die weibliche Gonorrhoe auftretende Salpingitis, Oophoritis, die umgebenden Bindegewebs- sowie die zugehörigen Bauchfellentzündungen wurden als wahre Gonokokken-Affectionen erkannt. Beim Ovarium wurde constatirt dass die Gonokokken-Invasion auch zur abscedirenden Bindegewebseinschmelzung führen könne. Eine Mischinfection lag niemals vor. So konnte Wertheim mit den Worten schliessen: « Die ascendirende Gonorrhoe mit allen ihren Folgen ist ein ätiologisch einheitlicher Krankheitsvorgang ».

Aber nicht genug! Es folgten Mittheilungen, welche unzweifelhaft nachwiesen, dass von der Infectionsstelle weit entfernte Organe auf dem Wege des Kreislaufs der Säfte durch Gonokokkenmetastasen erkranken

können. So wies Deutschmann in Bestätigung ähnlicher von Petrone und Kammerer früher publicirter Fälle im Eiter aus einem in Anschluss an eine Conjunctivalblennorrhoe bei einem dreiwöchentlichen Kinde erkrankten Kniegelenke Gonokokken ohne Beimischung anderer Bacterien nach. Aehnliche Fälle folgten z. B. von Höck und Neisser (Königsberg) welche durch die Cultur die Diagnose bestätigten. Im Eiter eines subcutanen Abscesses vom Handrücken, vielleicht einer Bursitis suppurativa, bei gleichzeitigem Urethraltripper wurden auf Lang's Abtheilung Gonokokken mikroskopisch und culturell von Paltauf constatirt. Tollemer und Macaigne beschrieben einen analogen Fall. Schon früher hatte Sahli in grossen Hautabscessen an den Kniegelenken typische intracelluläre Gonokokken in grosser Menge gefunden, eine Beobachtung, welche im Lichte der Wertheim'schen subkutanen Gonokokkeninjectionen, die Schwellung, Röthe, Schmerzhaftigkeit, örtliche und allgemeine Temperaturerhöhung im Gefolge hatten, nachträglich an Bedeutung gewinnt. In jüngster Zeit wiesen Leyden und Michaelis die Gonokokken im Gewebe des Endocards, bei maligner Endocarditis im Gefolge von Urethralblennorrhoe, Epididymitis und Rheumarthritis gonorrhoica nach. Councilman glaubt in myocarditischen Heerden bei einem Fall von Urethritis, Gonitis, Peri- und Myocarditis Gonokokken gefunden zu haben, Chiasso im Pleuraexsudat einer mit gonorrhoischer Gelenkerkrankung und Herzaffection einhergehenden Pleuritis.

So ist denn nun heute der seit Bumm über der Pathologie der blennorrhoischen Processe lastende Bann gebrochen und die Anschauung, welche dieselbe als locale, an's Cylinderepithel gebundene Oberflächenerkrankungen erklärte, als unhaltbar dargethan. Wir wissen jetzt, dass die verschiedenen Epithelarten und das Bindegewebe den Gonokokken zum Aufenthalt und Brutort dienen können, und dass auf dem Wege der Metastasenbildung, die allerdings in den meisten Fällen nur in der Continuität sich ausbreitende Blennorrhoe eine allgemeine Erkrankung schwerer Art werden kann, ohne dass sie dazu der Mithülfe einer secundären Infection benöthigt.

Nachdem ich Ihnen so in grossen Zügen die Hauptwandlung der Anschauungen seit Bumm skizzirt habe, gehe ich dazu über, einige dabei nur leicht gestreifte wichtige Fragen etwas genauer zu erörtern. Zuvor möchte ich Ihnen in einigen Sätzen sagen, wie ich pathologisch-anatomisch das Wesen des blennorrhoischen Processes auffasse. Derselbe stellt eine durch das Eindringen des Gonococcus in die Epithelinterstitien vermöge der hochgradigen Fernwirkung der Toxine ausgelöste Entzündung dar, bei welcher die Heftigkeit, besonders die Massenhaftigkeit des von den stark erweiterten Gefässen gelieferten Exsudates im Missverhältniss steht zu der geringen gewebszerstörenden, d. h. nekrotisirenden Wirkung des Giftes. Relativ frühzeitig treten reparatorische Vorgänge auf, die jedoch nicht selten durch ein neues Wachsthum restirender, erschöpfter, durch Zufuhr neuen Nährmaterials aber wieder belebter Keime, d. h. also durch erneutes Aufflackern der Entzündung gestört werden. Hierdurch erklärt sich die Neigung zum Uebergang in das chronische Stadium. Die schliessliche Heilung erfolgt bei kurzer Dauer ohne nennenswerthe Aenderung im Bau der befallenen Organe, bei längerer Erkrankung mit Umwandlung der Epithelbekleidung und narbiger Schrumpfung des Bindegewebes, bei endotheltragenden Geweben mit Verwachsung.

Wie verhalten sich die verschiedenen Epithelarten und die Endothelien der Gonokokkeninvasion gegenüber und welche Momente erleichtern dieselbe?

Ich spreche hier zunächst nur von der Infectionsart, bei welcher die Pilze ihren Angriff von der Epithelseite aus beginnen. Den umgekehrten Modus des Angriffes von der Bindegewebsseite, also einem Theil der Gonokokkenmetastasen behandle ich später. Diejenigen Organe, bei welchen zuerst zweifellos der Nachweis gelang, dass im Gegensatz zur Bumm'schen Lehre, die Gonokokken auch im geschichteten Pflasterepithel fortkommen können, waren die von der Haut des Praeputium und des Penis sich einsenkenden Gänge, die wohl meist modificirten Tyson'schen Drüsen entsprechen, die Cornea und die Mundhöhle. Es sind dies Organe, welche von vornherein Plattenepithel besitzen, bei denen die später zu berührende metaplasirende Wirkung des Gonococcus nicht in Frage kommt. Es ist von Rosinski ein durchaus wohlwollendes, aber thatsächlich nicht zu rechtfertigendes Vorgehen, wenn er bei Bumm schon zwischen den Zeilen lesen will, dass es ihm weniger auf die Form, als auf die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Epithelarten bei der Gonokokkeninfection ankomme. Wie aus den oben angeführten Bumm'schen Thesen unzweideutig hervorgeht, bestritt Bumm absolut das Eindringen der Gonokokken in das geschlossene Plattenepithel. Mein Standpunkt bezüglich der die Gonokokkeninvasion begünstigenden Momente ist noch genau derselbe, wie ich ihn in meiner ersten Publication dargelegt habe. Die locale Prädisposition zur Gonokokkeneinwanderung beruht nicht auf der Form der Epithelzellen. Sie begreift sowohl in sich die angeborene besondere Zartheit eines mit weiten Saftlücken begabten, auch chemisch den Gonokokken zusagenden Epithels, als die je nach dem Lebensalter wechselnden derartigen Bedingungen (cf. Conjunctivitis und Vulvovaginitis der kleinen Kinder). Ferner rechne ich hierher die durch vorausgehende Momente an vorher weniger geeigneten Stellen erst geschaffenen günstigen Verhältnisse. Diese präparatorischen Momente können auf anderweitigen traumatischen, calorischen, chemischen oder bacteriellen Noxen beruhen. Oder aber die Gonokokken selbst ebnen sich vermöge ihrer sehr hervorragenden chemotaktischen Eigenschaften, — wenn wir die Serumattraction dabei in erster Linie in Betracht ziehen, — den Boden zum weiteren Eindringen. Diese Thätigkeit entfalten die Pilze mit dem Momente ihres Eindringens oder ihrer Auflagerung auf das Epithel, also lange ehe sie in die unmittelbare Nähe auch nur der oberflächlichen Blutgefässe gelangen. So wird die Epithellage von einer eiweissreichen Flüssigkeit durchtränkt, die Intercellularräume erweitert, das Gefüge der Zellen gelockert. Die Zellen selbst werden auseinandergeworfen, quellen sammt dem Kern auf. Schliesslich löst sich das Protoplasma, die gequollenen blassen Kerne sind oft noch lange nachweisbar.

Von diesen Gesichtspunkten aus erscheint mir a priori ein weiches, selbst mehrschichtiges, normalerweise schon mit schön entwickelten Saftspalten versehenes Plattenepithel geeigneter, als das pallisadenförmige, einschichtige, hohe Cylinderepithel mit seinen fest verkitteten, direct vom Bindegewebe aus ernährten Elementen, die erst nach Beginn der Entzündung durch das Exsudat gelockert werden müssen.

Diese Ueberlegungen finden ihre Bestätigung in Jadassohn's Untersuchungen, welcher in den cylindroepithelialen Theilen seiner Gänge die

Gonokokken vermisste, während er sie in den Pflasterepitheltragenden fand, ferner in meinen Untersuchungen der gonorrhoisch inficirten Bartholini'schen Drüse. Eine ganz eigenthümliche Stellung nehmen die Befunde Frisch's bei Mastdarmtripper ein. Derselbe fand die Mikroben im Lumen der Lieberkühn'schen Krypten und im Bindegewebe der Mucosa propria bis herab zur Muscularis mucosae, nie jedoch zwischen den Cylinderzellen, also im eigentlichen Epithel. Er glaubt, dass sie in's Bindegewebe nur durch locale Epitheldefecte eindringen können. In meinem eben erwähnten Falle von Bartholinitis kam ich wegen des ausserordentlich weiten Herabrückens des Plattenepithels bis nahe an die Drüsenendbläschen zu der Annahme einer präparatorischen Metaplasie des einschichtigen hohen Cylinderepithels in Uebergangs- und Plattenepithel — ebenfalls eine Art Fernwirkung der Gonokokken hier der Fläche nach. Inzwischen ist übrigens von Jadassohn die Möglichkeit einer entzündlich-exsudativen flächenhaften Fernwirkung erwiesen worden, durch den Befund einer acuten gonokokkenfreien Urethritis posterior bei stark gonokokkenhaltiger frischer Gonorrhoea anterior. Jadassohn bezeichnet dies als « collaterale Entzündung ». Bumm fasste die am Conjunctivalepithel zuerst constatirte Metaplasie als Heilungsvorgang auf. Baraban wies sie in der männlichen Urethra nach längerem Bestande der Gonorrhoe, Neelsen und Finger in chronischen Fällen am gleichen Orte nach.

Hie und da wurde bei gleichzeitigem Vorhandensein der Gonokokken zwar nicht in dem befallenen Epithel selbst, aber doch in unmittelbarer Nähe eine Hyperplasie des Epithels beobachtet. So fand Dinkler in der Nachbarschaft des gonorrhoischen Hornhautgeschwüres Epithelhyperplasie mit reichlichen Karyokinesen. Auch mir gelang es in dem zweiten Falle von Tysonitis um die Mündung des Ganges denselben Befund zu machen. Aehnlich verhielt sich die Umgebung des Ausführungsganges der Bartholini'schen Drüse. Auch Frisch machte bei der Rectalblennorrhoe ähnliche Beobachtungen. Ich glaube, dass diese hyperplastischen Partien nach längerer Dauer in Folge der Maceration des darüberfliessenden Secretes zerfallen und zur Freilegung des Bindegewebes, also zu Erosionen und oberflächlichen Ulcerationen Veranlassung geben. Hierher gehören wohl auch die spitzen Condylome, bei denen auch der Papillarkörper mit hyperplasirt.

Ich gehe jetzt dazu über, das Verhältniss der Endothelien der serösen Häute dem Gonococcus gegenüber zu betrachten. Aus den Untersuchungen Wertheim's über die gonorrhoische Impfperitonitis kleiner Thiere, sowie der Gonokokkenperitonitis beim Menschen geht hervor, dass sich die Pilze zweifellos in dem dem Endothel aufgelagerten Eiter vermehren und von hier aus, das Endothel durchwachsend, in die Tiefe dringen. Es erhellt nicht ganz deutlich aus der Beschreibung, ob dazu jedes Mal ein Endotheldefect nothwendig, oder ob auch durch die Stomata zwischen den platten Zellen ein Eindringen möglich ist. Nach Wertheim kommt auch eine Durchwachsung des Endothels von der Bindegewebsseite vor. Eine solche müssen wir wohl auch in Anspruch nehmen in den Fällen von gonorrhoischer Gelenkentzündung. Ueber das genauere Verhalten der Gonokokken zu den Endothelzellen ist zur Zeit nichts bekannt. Eine isolirte Endothelaffection, ähnlich dem ausschliesslichen Wachsthum der Gonokokken im geschichteten Epithel, scheint nicht vorzukommen, was sich wohl aus

der Dünnheit der Endothellage und der viel intimeren Zusammengehörigkeit derselben mit dem Bindegewebe der Serosa erklären lässt. Stets war in den untersuchten Fällen die Gonokokkeninvasion in der Serosa oder Subserosa nachzuweisen, bei den Mäusen sogar zwischen den Muskelfasern der Bauchmuskulatur.

Dies führt uns zu der Frage nach dem Verhalten der Gonokokken zum Bindegewebe im Allgemeinen.

Schon Bumm fand in den oberen Bindegewebslagen der Conjunctiva die Gonokokken, und zwar meist freiliegend. Deutschmann bestätigte diesen Befund, wies aber auch gonokokkenhaltige Eiterzellen in grösserer Menge im Bindegewebe nach. Dinkler traf sie tief im Corneal- und Irisgewebe oft in Zügen, auch häufig intracellulär. Frisch gelang der Nachweis in der Mucosa propria des Rectums. Wertheim fand sie im peritonealen Serosagewebe und zwischen den Muskelfasern der Bauchmuskulatur der Mäuse häufig in langen, die Lymphspalten erfüllenden Zügen; bei der menschlichen Peritonitis konnte er sie in der eigentlichen Serosa nicht, dagegen in der Subserosa nachweisen. Auch constatirte er ihr Vorkommen in einem richtigen Bindegewebsabscess des Ovariums, ein Befund, welcher mit dem Paltauf's und Sahli's in Unterhautabscessen event. Bursitis in Parallele zu stellen ist. Wertheim erzeugte auch durch subcutane Injection von Gonokokkenreinculturen ziemlich heftige Entzündung, die freilich nicht in Eiterung ausging. Ueber die Möglichkeit des Eindringens und Fortkommens der Gonokokken im Bindegewebe kann somit wohl kein Zweifel bestehen. Zwischen den infiltrirenden Rundzellen und in der Nähe der Infiltration tritt frühzeitig eine Vermehrung der fixen Bindegewebszellen in Erscheinung. Zahlreiche Mastzellen sind nachweisbar.

Das Bindegewebe kann nun einmal von der Epithelseite her invadirt werden, das gewöhnliche Verhalten bei den primären Infectionsherden. Dasselbe kann auch bei den Gonokokkenmetastasen der Fall sein, indem die Pilze auf dem Blutwege zuerst in den betreffenden Hohlraum, zum Beispiel ein Gelenk, gelangen, in demselben zur Eiterung führen und dann erst durch das Endothel in's Bindegewebe dringen. Eine zweite Möglichkeit bei der Metastasenbildung ist die Durchwucherung von den Blutgefässen durch's Bindegewebe in's Epithel. Dünnheit, Zartheit und Lockerung des Deckepitheis, kleine Defecte desselben werden das Eindringen der Pilze in's Bindegewebe begünstigen, desgleichen Succulenz des Bindegewebes selbst, weite Blut- und Lymphräume; eine eigene Membrana propria über dem Bindegewebe wird die Durchwanderung erschweren. Die Gonokokkenmetastasen kommen entweder durch Uebertritt der Pilze auf dem Lymphwege in's Blut zu Stande oder aber durch directes Eindringen in Blutcapillaren. Einen Anhaltspunkt für letzteren Modus bietet Deutschmann's Befund gonokokkenhaltiger Eiterzellen ganz nahe an den Wänden der zarten Capillarschlingen der Conjunctiva.

Nach einigen Befunden ist es nicht unwahrscheinlich, dass eine Durchwanderung der Gonokokken durch das Epithel in beiden Richtungen stattgefunden haben kann, ohne dass zur Zeit der Untersuchung der Nachweis der Gonokokken im Epithel selbst gelingt (Frisch, Wertheim). Warum verschiedene Forscher bei den gleichen Organen einmal die Gonokokken nur oberflächlich im Epithel, das andere Mal mehr weniger tief im Bindege-

webe finden, hängt ebenso wie die wechselnde Pilzmenge — ganz abgesehen von den Färbemethoden — auch von dem Stadium ab, in welchem die Gewebe dem Körper entnommen werden. Bezüglich der Reichlichkeit gilt dies natürlich auch für die Secretpräparate.

Dass der Gonococcus sehr rasch in die Tiefe dringen kann, sucht v. Crippa durch den Nachweis der sogar intracellulären Gonokokken in der Oedemflüssigkeit der seitlich vom Frenulum gelegenen Präputialparthien zu beweisen. Das Oedem war am 5. Tage post infectionem aufgetreten.

Der jüngst veröffentlichte Fall Dinkler's verdient allein schon deshalb weitgehendes Interesse, weil es der erste ist, bei dem eine sorgfältige Untersuchung einer ziemlich frisch an Gonorrhoe erkrankten männlichen Urethra vorgenommen wurde. Bezüglich der Epithelverhältnisse erfahren wir, abgesehen von dem gleich zu erwähnenden Punkte, nichts wesentlich Neues; die Metaplasie in mehrschichtiges Pflasterepithel, das reichliche Vorkommen unregelmässiger Kerntheilungsfiguren wurde auch hier constatirt. Sehr auffallend ist jedoch 1. der auf grosse Strecken sich ausdehnende, vollständige Epithelverlust mit Entblössung des Bindegewebes, 2. die wahre nekrotisirende Vereiterung der oberflächlichen, gonokokkenhaltigen Bindegewebslagen an diesen Stellen, und 3. die durch mangelnde Färbbarkeit sämmtlicher Kerne charakterisirte Nekrose der Capillargefässwände sowie die Thrombose ihres Lumens. Der Patient war an tuberculöser Meningitis gestorben. Im vordersten Theil der Urethra fanden sich neben den Gonokokken kurze Stäbchen und kleine Kokken. Es erscheint fraglich, ob diese Momente dem Falle nicht doch sein eigenartiges Gepräge aufdrücken und ihm den Vorzug, als Typus gelten zu können, benehmen.

Wir müssen an dieser Stelle einen Blick werfen auf die Rolle, welche die polymorphkernigen Leukocyten den Gonokokken gegenüber spielen. Die Autoren, welche Gewebe untersuchten, stimmen ziemlich überein, dass die Vereinigung der Gonokokken mit den Eiterzellen erst auf der Oberfläche des Epithels im Lumen der betreffenden Organe, selten in den obersten Epithellagen vor sich geht. Die Leukocyten verhalten sich den Gonokokken gegenüber nicht als Phagocyten, denn die Pilze vermehren sich zweifellos im Innern der Zellen. Ebensowenig ist von einer beträchtlichen Schädigung der Eiterkörperchen die Rede. Wahrscheinlich dienen letztere zum Transport aus dem Organismus, unter Umständen auch in vorher nicht befallen gewesenen Stellen, wo dann nach Zerfall der Zellen die Gonokokken wieder frei werden und weiter wuchern.

Bei den Metastasen haben wir bisher nur immer von den Gonokokken selbst gesprochen. Ich bestreite nicht, dass grössere Mengen ihrer Toxine, dem Blute beigemischt, an entfernten Organen eine deletäre Wirkung entfalten können. Manche Complicationen deuten darauf hin, besonders die Anämie, die Schlaflosigkeit, manche neurasthenischen und hypochondrischen Beschwerden bei Patienten mit ausgebreitetem gonorrhoischen Rheumatismus und Herzerkrankungen; ebenso das allerdings oft geringe Fieber.

Wenn wir uns nun fragen, warum in relativ so seltenen Fällen metastatische Complicationen sich zu der primären Blennorrhoe gesellen, so müssen wir wieder auf die begünstigenden Momente für die Einwanderung in's Bindegewebe und in die Saftbahnen hinweisen, ferner aber auf eine angeborene oder erworbene Schwäche der secundär befallenen Organe. Dass

wohl für die Bösartigkeit des ganzen Processes auch eine wechselnde Virulenz der Gonokokken in Frage kommt, füge ich hier nur kurz an. Ich gehe nicht so weit, wie Lassar kürzlich sich geäussert hat, anzunehmen, dass acute Fälle immer von acuten, chronische wieder nur von chronischen herstammen. Noch weniger kann ich Martin zustimmen, der direct von einem Virus der acuten und einem solchen der chronischen Gonorrhoe spricht und das letztere für die Frauen für viel gefährlicher hält, als das erstere.

Ich kann es mir nicht versagen, hier kurz einen besonders eclatanten Fall zur Illustration dessen anzuführen, was ich soeben über die Neigung des gonorrhoischen Virus, sich an einem Locus minoris resistentiae niederzulassen gesagt habe. Es handelte sich um einen 30jährigen Herrn, dessen Schwester häufig an rheumatischen Beschwerden leidet. Sein Bruder hatte mit 14 Jahren eine gewöhnliche rheumatische Erkrankung im rechten Knie. Dasselbe Knie erkrankte eine Woche nach Beginn einer Urethralgonorrhoe im 21. Jahre. Seitdem bei leichten Erkältungen im ganzen Körper umherziehende rheumatische Schmerzen. Der Patient selbst hatte von 1884-1891 fünf frische Gonorrhoeinfectionen durchgemacht, deren jede sich bald mit einem schweren, zahlreiche Gelenke befallenden Tripperrheumatismus, die beiden letzten ausserdem mit einer endo- und myocarditischen Herzaffection, sowie schweren nervösen Symptomen complicirte. Die letzte Herzaffection liess zeitweise den Exitus befürchten. Patient wurde vollständig hergestellt.

Hieran anknüpfend bemerke ich nach Erwähnung eines Falles von Neuritis optica und eines solchen von sehr hartnäckiger und launisch verlaufender, nicht durch äussere Uebertragung entstandene Conjunctivitis, beide mit Rheumatismus verbunden und auf Gonorrhoe beruhend, dass ich von zwei Hauterkrankungen die gegründete Vermuthung hege, dass sie Gonorrhoemetastasen darstellen. Ich meine ein mit rheumatischen Schmerzen, nicht selten im Calcaneus am Ansatz der Achillessehne (Albert's Achillodynie) einhergehendes Erythema multiforme, von dem ich 4 Fälle sah. In zweien traten nahezu regelmässig nach Injection stärkerer Argentum nitricum-Lösung in die chronisch entzündete Pars posterior urethrae heftige neue Schübe der Hauterkrankung zum Theil in Form von Herpes iris und circinnatus auf. Diese Anschauung gewinnt durch Finger's Befunde bei Eryth. multiforme eine Stütze. Lewin fasst solche Fälle als reine Angioneurosen auf reflectorischer Basis auf. Weiterhin habe ich beim Herpes gestationis den Verdacht, dass er auf Gonokokkenmetastase beruhe, weil ich vor Jahren im Bläscheninhalt eines solchen Falles in den Eiterzellen von Gonokokken nicht zu unterscheidende Diplokokken fand. Die Gram'sche Methode kam damals nicht in Anwendung.

Wir gehen nun zu der wichtigen Frage der Mischinfection bei Gonorrhoe über. In der Einleitung zu dem pathologischen Abschnitt habe ich schon über die seit Bumm eingetretene Aenderung der Anschauungen gesprochen. Es kann nicht bestritten werden, dass die primäre Blennorrhoe durch Läsionen der Oberfläche der Organe auch anderen dort vorhandenen Mikroben den Eintritt in den Organismus erleichtern kann. Für manche Fälle localer und metastatischer Complicationen ist dies direct erwiesen. Die Wertheim-schen Reagensglasversuche sprechen eher gegen die Annahme, dass ein

Nährboden durch vorausgehendes Wachsthum von Staphylokokken für später auf ihn überpflanzte Gonokokken geeigneter würde. Lindemann und Sobotka sprechen sich für die Möglichkeit der Mischinfection aus, letzterer wies im Abscesseiter vom Darmbeinrand eines an Blennorrhoe erkrankten Kindes Gonokokken und Streptokokken nach. Den umgekehrten Fall einer Abtödtung der Gonokokken durch hinzutretendes Erysipel bespricht Schmidt. Es mehren sich aber langsam die Fälle, in denen die Complicationen sowohl in der Continuität als an entfernten Orten direct auf den Gonococcus zurückgeführt werden können. Theoretisch betrachtet, können wir auch keinem der in Betracht kommenden Organe, wenn wir unsere obigen pathologisch-anatomischen Erörterungen zu Grunde legen, eine Immunität gegen den Gonococcus vindiciren, d. h. also im Falle einer complicatorischen Erkrankung die Nothwendigkeit einer Mischinfection anerkennen. Ehe man übrigens eine solche diagnosticirt, muss man vor allem eine primäre Staphylokokken- oder Streptokokkeneiterung anschliessen können. Verdächtig auf Mischinfectionen würden mir Fälle erscheinen, in welchen das Secret des primären Processes neben den Gonokokken noch andere Mikroorganismen enthält. Auch einige klinische Anhaltspunkte lassen sich hier verwerthen. Die Gonokokkenprocesse setzen nicht so foudroyant ein, wie Staphylokokken und Streptokokkenmetastasen, sie verlaufen schleichender, mit geringem, sehr oft ohne jegliches Fieber, machen häufige Recidive, führen seltener zum Tode, neigen mehr zur Chronicität. Acut verlaufende tiefe Bindegewebseiterungen, also Nekrosen, glaube ich nicht auf Gonokokken beziehen zu sollen. Von den vorliegenden Abscessen ist es nicht sicher, ob dieselben nicht Eiteransammlungen in präformirten, ihres Epithels verlustigen Hohlräumen darstellen, z. B. der Wertheim'sche Ovarialabscess.

M. H. Ich bin am Schlusse meines Referates angelangt. Wenn es mir gelungen ist, Ihnen ein klares Bild von dem jetzigen Stand der Frage zu zeichnen, habe ich meinen Zweck erreicht. Manche der besprochenen Punkte bedürfen noch der Erweiterung und Bestätigung. Insbesondere müssen die Beziehungen des Gonococcus zum Bindegewebe und dessen Vereiterung geklärt werden. Manche complicatorisch erkrankenden Organe harren noch der ersten auf den Gonococcus gerichteten Untersuchung. Auf manche Punkte bin ich nicht eingegangen, so auf die Gründe der Ausheilung des blennorrhoischen Processes, d. h. der definitiven Ausschaltung und Abtödtung des Gonokokkus. Hierüber wissen wir nichts.

Die Bumm'sche Lehre, dass das metaplastisch entstandene Plattenepithel die Heilung inaugurire, halte ich für widerlegt. Ebenso habe ich es vermieden die therapeutischen auf das Vorhandensein der Gonokokken gegründeten Maassnahmen zu berühren, umsomehr als Neisser dies in Wien und in seiner Antwort an Bröse ausführlich gethan hat. Ich hoffe, dass die Discussion uns eine weitere Klärung der noch strittigen oder ganz dunkelen Punkte bringen wird. Im Interesse des weiteren Ausbaues der Pathologie der blennorrhoischen Processe schliesse ich mit der Bitte an die Fachcollegen, die Chirurgen, Gynäkologen, Ophthalmologen und pathologischen Anatomen, das ihnen zu Gebote stehende Material gonorrhoischer Gewebe nach Kräften zur Untersuchung zu verwerthen, damit diese für die practische Medicin so überaus wichtigen Fragen einer endgültigen Lösung zugeführt werden.

Schlussfolgerungen.

I. Der Gonococcus ist die Ursache des blennorrhoischen Processes.

II. Die Diagnose des blennorrhoischen Processes wird durch den microscopischen Nachweis des Gonococcus sichergestellt. Häufig während des Verlaufes der Affection zu wiederholende microscopische Untersuchungen sollen die Grundlage der Beurtheilung des jeweiligen Standes der Erkrankung, so wie unserer therapeutischen Maassnahmen bilden.

III. Ehe man die Anwesenheit des Gonococcus ausschliesst, sind bei anfangs negativem Befunde häufige microscopische Untersuchungen event. nach vorausgegangenen provocatorischen Reizungen erforderlich. In vielen, insbesondere älteren Fällen findet man so die anfangs vermissten Gonokokken.

IV. In seltenen Fällen muss zur Sicherung der Diagnose das Wertheimsche Culturverfahren zu Hülfe genommen werden. Dieses tritt insbesondere dann in sein Recht, wenn microscopisch nur verdächtige « Involutionsformen » gefunden werden, wie dies z. B. in älteren geschlossenen Eiteransammlungen der Fall ist (Gelenke, Tube).

V. Sämmtliche Epithelarten können dem Gonococcus als Invasions- und Brutort dienen. Intacte verhornte Epidermis scheint immun zu sein.

VI. Auch das Bindegewebe, sowohl das epithelbekleidete als auch das endotheltragende (seröse und Synovialhäute), kann von der Gonokokkeninvasion betroffen werden. Die Weiterverbreitung der Gonokokken geschieht in den Lymphspalten.

VII. Begünstigende Momente für die Gonokokkenansiedelung und -Vermehrung sind

1) Blutreichthum, Weichheit und Succulenz der Gewebe, weite intercelluläre Räume oder Saftspalten,

2) In ihrem Wesen noch unbekannte chemische Bedingungen.

VIII. Diese Momente können sein

1) angeboren, im Verhältniss zu denen anderer Individuen auffallend,

2) begründet in dem Alter der Individuen,

3) geschaffen durch vorausgehende anderweitige Affectionen (traumatische, chemische, bacterielle),

4) geschaffen durch die hochgradige chemotactische Fernwirkung des Gonococcus selbst.

IX. Der blennorrhoische Process ist bei der gewöhnlichen Infection von Aussen in erster Linie eine Epithelaffection mit gleichzeitiger eiteriger Entzündung des darunterliegenden Bindegewebs. Wucherung der Gonokokken in den Intercellularräumen, Aufquellung der Epithelzellen mit Abnahme der Färbbarkeit der Kerne. Durchsetzung der Intercellularräume mit Eiterkörperchen, Lockerung des Gefüges der Epithelzellen, Verwerfung und schliesslicher Zerfall derselben sind nebst den Zeichen der Rundzelleninfiltration im Bindegewebe die wesentlichen Componenten des im Gewebe verlaufenden Processes.

Vollständige Blosslegung des Bindegewebes nach Verlust der Epitheldecke ist möglich (nach Dinkler auch Necrose dessen Oberfläche, Thrombose und Necrose der Blutgefässe). Bei kurzer Dauer und oberflächlichem

Verlauf des Processes tritt nach der Abheilung restitutio in integrum ein, tiefere und länger dauernde Affectionen endigen mit Bindegewebsschrumpfung. Endotheltragendes Bindegewebe hat grosse Neigung unter Adhäsionsbildung zwischen einander berührenden Flächen abzuheilen.

X. Der Gonococcus kann zur Metaplasie einer Epithelart in eine andere Veranlassung geben. Dieser Metaplasie kann in gewissen Fällen die Bedeutung einer selbstgeschaffenen Prädisposition zur Weiterverbreitung des Processes zukommen.

XI. Manchmal findet sich auch in der Nähe der Gonokokkenansiedelung eine Hyperplasie des Epithels. Dieses hyperplastische Epithel kann nach längerem Bestande des Processes z. B. durch Maceration zerfallen und so durch Freilegung des Bindegewebes zu Erosionen Veranlassung geben.

XII. Auch die Bindegewebszellen können unter der Einwirkung der Gonokokkeninvasion proliferiren.

XIII. Sämmtliche in Folge der primären Blennorrhoe an entfernten Körperstellen auftretenden Erkrankungen können theoretisch betrachtet ebenso wie die per continuitatem erkrankenden Nachbarorgane des primären Heerdes durch den Gonococcus selbst und seine Toxine hervorgerufen werden (Gonokokkenmetastasen). Von einem Theil derselben ist dies sicher nachgewiesen.

XIV. Die Leucocyten fungiren den Gonokokken gegenüber nicht als Phagocyten, sondern sie vermitteln einfach den Transport der Gonokokken aus dem Körper, ab und zu auch neuerdings in vorher nicht erkrankte Theile. Die Gonokokken vermehren sich in den Leucocyten ebenso, wie frei in den Gewebsspalten und Lymphräumen.

XV. Mischinfectionen können bei der Blennorrhoe vorkommen, jedoch sind sie zu keiner der Complicationen erforderlich. Bei tiefer Vereiterung (Necrose) des Bindegewebes liegen wohl meistens secundäre Eiterbacterieninfectionen vor. Oberflächliche Bindegewebseiterungen können in vorher von Epithel bekleideten Organen insbesondere in Hohlräumen nach Verlust des Epithels durch den Gonococcus selbst entstehen (Pseudoabscesse). Die Destruction der Gewebe durch den Gonococcus ist jedenfalls viel weniger intensiv und rapid als die durch andere Eitererreger.

Prof. D. **Barduzzi** (Siena), correlatore:

Esiguo oltre misura, ed anche poco opportuno, si è senza dubbio il modesto e lieve contributo che alla meglio mi è stato dato raccogliere all'ultim'ora sul grave argomento del processo blenorragico.

Quantunque conscio di corrispondere in modo insufficiente all'invito fattomi alla vigilia del Congresso, pure ho creduto mio dovere di non sottrarmi a questo onorevole incarico, fiducioso della vostra benevolenza.

E maggiormente apparirà manifesta la pochezza delle mie parole dopo che valorosi ed eminenti colleghi hanno portato tanto prezioso contributo ad ogni parte della questione.

Non posso qui riferire i risultati di nuove ricerche batteriologiche, che meglio ancora rischiarino alcuni punti importanti della biologia del gonococco, e vieppiù ne specifichino il suo vero valore patogenetico.

Non vi ripeterò neppure nuovi esempii di localizzazioni rare, o mal determinate di questo processo morboso, che ho osservate nella mia ormai lunga carriera pratica. Mi limiterò soltanto a farvi un semplice quesito clinico tentando di illustrarlo nel modo il più conciso.

I. Dal momento che, ormai dalla maggior parte dei venerologi, si è riconosciuto per immensi ed indiscutibili fatti, per esperienze e ricerche minute e severe, che cioè il processo blenorragico non è un catarro volgare delle mucose, precipuamente genitali, e che non sono quindi i piogeni comuni che lo producono, sorge, sotto aspetto nuovo, spontanea la domanda, già da Ferreol molto tempo fa messa innanzi, da altri accolta, e dal Lasser formulata, se cioè l'agente specifico della blenorragia possa dare luogo oltrecchè ad infezioni locali anche ad infezioni generali.

II. Non vi ha dubbio, che nella polimorfia clinica del processo blenorragico troviamo una proporzione molto preponderante di casi nei quali esso rimane un semplice processo locale; proporzione che nelle varie statistiche cliniche si potrebbe fissare nella ragione di 7 a 10. Ma nei casi residui appare abbastanza chiara una sindrome fenomenologica ed una evoluzione che svelano piuttosto una malattia generale.

Non debbo certamente riferirvi casi clinici ben determinati che confermino questi fatti, perchè a dovizia ne avrete raccolti nella vostra cospicua esperienza clinica, e perchè gli illustri relatori vi hanno già in parte contribuito con i loro lavori, illustrando le molteplici localizzazioni in sistemi o in organi interni diversi del processo blenorragico.

III. Questa affermazione è anche convalidata da taluni caratteri già ben determinati del gonococco di Neisser, cioè la sua notevole persistenza, massime nelle localizzazioni follicolari (Finger, Hartmann); la sua ripullulazione dopo una latenza tale da crederlo estinto, anzichè allo stato saprofitico. E non solamente in questa condizione può rimanere nell'uretra anteriore, ma altresì facilmente in quella posteriore, che non tanto difficilmente è varcata anche senza fenomeni ben distinti, contro l'opinione di Guyon, come ho potuto più volte constatare. Anzi non credo di essere troppo lungi dal vero asserendo che, quattro volte su cento, tale penetrazione avviene, ed è poi cagione precipua delle forme croniche. Non parmi inutile pure il ricordare che la rapidità della penetrazione del gonococco negli strati epiteliali più profondi varia assai, tanto per i punti di localizzazione, quanto per le modificazioni che possono presentare gli strati epiteliali stessi.

Quando poi si voglia ammettere che l'uretra, specialmente maschile, debbasi ritenere in generale asettica, quantunque il meato e la fossa navicolare siano ognora ricettacolo di non pochi microbi, allora si avrebbe anche una prova della sua resistenza a talune quasi continue cagioni di irritazione virulenta.

Per tal maniera troveremmo una spiegazione alla rarità relativa di infezione primitiva dell'uretra al di fuori della azione patogena del gonococco.

Gioverà forse che qui ricordi eziandio che ho io pure confermato con esperienze cliniche che la recettività del gonococco nelle vie genitali della donna è variabile per le condizioni mestruali e puerperali. Si potrebbe dire che in tali casi si verificano le condizioni proprie ad un vecchio blenorragico. Mi sia anzi permesso dire fra parentesi, che a mio debole giudizio si spie-

gano egualmente per tale origine le facili trasmissioni nella donna del processo blenorragico da sorgenti quasi esauste. Sebbene non si possano ancora conoscere i prodotti chimici ai quali dà luogo il gonococco, pure non è irrazionale il ritenere che siano tali da produrre determinazioni lontane identiche a quelle provocate dalle sostanze elaborate da altri microrganismi.

Ammessa la possibilità della infezione a distanza e generale del processo blenorragico, rimane però da ricercare i modi per i quali può prodursi.

Senza poter ancora dare una dimostrazione diretta, sarei d'avviso che le conclusioni del Bedfort, del Brown, dell'Hif sono da tenersi in pregio, che cioè la via di assorbimento della infezione blenorragica sia la rete linfatica. Alcuni casi clinici da me osservati confermerebbero del tutto questa opinione. Ne citerò uno solo di uretrite blenorragica acuta, che diede luogo ad una adenite inguinale e ad una lintoite crurale e ad una consecutiva pio-salpingite ed endocardite.

Però se questa è una via che fa d'uopo mettere meglio in evidenza con ricerche microscopiche ed anatomo-patologiche, non debbesi ritenere la sola possibile. Chè anzi la mucosa uretrale stessa e specialmente quella bulbare, può essere sufficiente ad aprire la via a riassorbimento tale di prodotti microbici, da provocare anche fenomeni generali reattivi. Basti ricordare la febbre uretrale anche sperimentale per averne una prova sufficiente, per quanto indiretta.

La osservazione clinica infatti ci dimostra che le localizzazioni linfatiche, le manifestazioni a distanza, la infezione, diremo, generale, quando avvengano, siamo in presenza di blenorragie uretrali posteriori, specialmente riacutizzate per cagioni accidentali o transitorie.

Non bisogna però trascurare un fatto che nel processo blenorragico acquista ognora più grandissima importanza, anche rispetto alle manifestazioni cliniche le più varie che esso può presentare, sia localmente che a distanza. Intendo dire delle consociazioni microbiche. Senza fermarmi su questo importante argomento, non posso però non constatare che le consociazioni microbiche, specialmente piogene, sono una delle cagioni più frequenti, se non la prima, delle determinazioni generali della blenorragia. Sembraci per altro alquanto discutibile la opinione di Gherein e di Legrain, che ad esse sole e non al gonococco di Neisser si debba attribuire ogni manifestazione generale e a distanza.

Con tale concetto infatti, non dimostrato, le manifestazioni tutte, al di fuori della sede primitiva, del processo, sarebbero prodotte da una causa secondaria, e le alterazioni anatomo-patologiche consecutive non sarebbero che parablenorragiche.

Questa dottrina, che tenterebbe di togliere ogni valore infezioso a distanza al gonococco di Neisser, non solo porterebbe confusione ed oscurità nella più normale interpretazione delle polimorfie cliniche blenorragiche, ma molto meno ci aiuterebbe a determinarne quello o quelli dei microrganismi che hanno caratteri ed azione tali da dovere essere meglio valutati.

Sebbene non si abbiano ancora elementi sufficienti per scendere ad una conclusione definitiva, dalla sintesi dei casi clinici che ho potuto raccogliere in dieci anni di pratica clinica, si può dedurne che nel processo

blenorragico conviene fare ancora minute ricerche, nuove indagini cliniche per stabilire nettamente le forme di infezioni generali da gonococco da quelle nelle quali esso apre contemporaneamente la via ad altre infezioni piogene.

Questi quadri clinici distinti, come ben si comprende, debbono trovar la loro base nella più esatta determinazione biologica del gonococco e dei microrganismi che più costantemente in modo patogenetico vi si congiungono più o meno direttamente.

IV. Sarà forse superfluo che qui accenni eziandio alla necessità di distinguere ognora anzitutto le pseudo-blenorragie, dalle blenorragie gonococciche, o gonococciche-piogeniche.

Le une infatti, oltre alla mancanza dell'elemento patogeno proprio alle seconde, presentano sempre caratteri differenziali chiari, sia etiologicamente, che nosograficamente, come dal lato anatomo-patologico e batterioscopico sebbene scarso e confuso. Principiando dalla incubazione, che è oltre ogni dire breve nelle pseudo-blenorragie, e dall'andamento non mai intenso nè complicato, si ha anche nei postumi una differenza grandissima. Non parlo delle complicanze che non si osservano e molto meno delle localizzazioni a distanza.

Chè se il liquido escreto ha talvolta caratteri quasi identici coll'esame fisico a quello blenorragico, risulta però microscopicamente composto soltanto di leucociti numerosi di cellule epiteliali parimente e di microbi più o meno numerosi, fra i quali predominano sempre quelli che diventano patogeni.

Anche l'esperimento ci aiuta in questa distinzione, perchè con il *pus pseudo-blenorragico* non si hanno mai nè forme acutissime, nè complicazioni. Più e più volte ho potuto verificare questo fatto in molte serie di casi clinici.

Si può dire eziandio che pure le alterazioni consecutive patologiche sono assai diverse quando la infezione gonococcica faccia perdere all'uretra il suo stato di immunità primitiva.

V. Da questi pochi, incompleti e rapidi cenni comprenderete che io ho piuttosto portato alla vostra discussione un quesito non ancora a sufficienza studiato, sul processo blenorragico, di quello che io abbia avuto la pretesa di tentare di risolverlo.

Molti elementi avrei dovuto raccogliere, se me ne fosse stato concesso e tempo e modo, e forse senza l'aiuto di altri valorosi colleghi non ci sarei appena riuscito.

Ciò nonostante parmi di poter concludere, che lo studio della blenorragia come malattia generale, merita nuovi esami e nuove ricerche, che aprano più ampio orizzonte a questo processo che da trascurabile alterazione un tempo giudicata, è omai a tale rinnovamento condotto che dovrà riconoscere erronea la sua classificazione fra i morbi venerei locali.

Discussione

Dr. **I. Grünfeld** (Wien): *Gegenwärtiger Stand der Urethroskopie.* — Die einfachen Formen des Instrumentenapparates zu endoskopischen Zwecken erweisen sich als bequemer jenen gegenüber welche die Beleuchtung oder

Handhabung des Conductors auf complicirtem Wege anstreben. Die mit electrischem Lichte zu erzielende gute Beleuchtung ermöglicht die Untersuchung auch mit engen Instrumenten und ist die maximale Dilatation nicht nothwendig, ja zur genauen Wahrnehmung der natürlichen Verhältnisse störend. Die Demonstrationen und Abbildungen endoskopischer Objecte haben ebenfalls dem wahrnehmbaren Befunde zu entsprechen. Die endoskopische Untersuchung zeigt allerdings blos die Oberfläche der Schleimhaut. Man hat jedoch auch Anhaltspuncte die tieferen Schichten der Mucosa zu beurtheilen.

Dr. P. **Bröse** (Berlin): Gegen den diagnostischen Werth der Gonococcen möchte ich mir erlauben einige Bedenken zu erheben. Ich kenne Fälle, in denen Männer, welche nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung von Specialisten für gesund erklärt waren, ihre Frauen mit Gonorrhoe inficirten. Die Männer waren von berufenen Specialisten mit allen Hülfsmitteln untersucht worden.

Anderseits kenne ich Fälle, in denen Weiber, an denen klinisch und mikroskopisch Gonorrhoe nicht mehr zu erkennen war, Männer inficirt hatten.

Ich bin desshalb zu der Ueberzeugung gekommen, dass die mikroskopische Untersuchung auf Gonococcen durchaus nicht die Zuverlässigkeit besitzt, welche ihr von Herrn Neisser zugeschrieben wird.

Ich habe mir die Nichtnachweisbarkeit der Gonococcen dadurch erklärt, dass die Mikroorganismen Involutionsformen annehmen, welche mikroskopisch nicht mehr nachweisbar sind, weil sie keine Farbstoffe annehmen. Bringt man, wie Wertheim nachgewiesen, derartige Involutionsformen auf frische Nährboden, so entwickeln sich daraus wieder normale Gonococcen.

Ich bin wegen dieser Behauptung von Neisser angegriffen worden, aber ich muss doch meinen Standpunkt hier behaupten.

Ich bin durch eine Veröffentlichung aus der Klinik Neissers dann bestärkt worden.

Steinschneider veröffentlichte in der *Berliner Klinischen Wochenschrift* einen Fall, in dem es ihm gelang Gonococcen zu züchten aus dem Sekret eines Mannes, in dem mikroskopisch keine Gonococcen mehr nachweisbar waren.

Ich bin desshalb wieder dazu gekommen, mich hauptsächlich bei Frauen an die klinischen Erscheinungen zu halten, ganz so wie auch Saenger.

Ob das Züchtungsverfahren immer sichere diagnostische Erfolge geben wird, lasse ich dahingestellt. Ich gebe zu, dass es chronische Entzündungsformen der männlichen und weiblichen Genitalorgane giebt in Folge von Gonorrhoe, in denen das Sekret nicht mehr infektiös ist.

Mit Sicherheit dafür garantieren kann man nicht.

Es scheint mir aber vorsichtiger zu sein, einen Fall für noch infektiös zu erklären, solange noch klinische Erscheinungen von Gonorrhoe da sind, als ihn für gesund zu erklären, selbst wenn man unter Umständen auch einmal eine Person noch für infektiös hält, die es nicht mehr ist.

Hinsichtlich der Infektivität der Gonorrhoe spielt aber die Disposition, wie bei allen Infektionskrankheiten, eine grosse Rolle.

Prof. A. **Neisser** (Breslau): meint, dass die Fähigkeit der Gonococcen im Bindegewebe zu wuchern, zur Zeit übertrieben werde; könnten die Gonococcen so leicht im Bindegewebe sich fortpflanzen und vermehren, wie

im Epithel, so müssten unendlich mehr periurethrale, prostatische etc. Abscedirungen zur Beobachtung kommen. An der Thatsache reiner Bindegewebseiterungen durch Gonococcen ohne Mischinfection zweifelt natürlich N. nicht.

Bröse gegenüber betont Neisser, dass er vollkommen seinen alten mehrfach vertretenen Standpunkt festhält: « ohne Mikroskop keine sichere Diagnose », wobei er wiederum betont, dass die Diagnose: Gonorrhoe, i. e. infectiöses Leiden, *auszuschliessen* sehr schwer sei und nur mit grösster Vorsicht gestellt werden dürfe.

Auch die Endoskopie könne nur, wie die klinische Untersuchung, dringend auffordern sorgfältig mikroskopisch zu untersuchen.

Dr. **De Watraszewski** (Warschau): erwähnt zweier Fälle von Urethritis, die mit Affectionen vergesellschaftet war, und bei denen nachträglich Symptome einer cerebralen Miterkrankung sich hinzugesellte. Es trat bei einem Kranken eine Facialisparese, bei dem andern aber eine regelrechte Hemiplegie auf. Die Patienten waren junge Leute, hatten die Lues nicht durchgemacht, so dass die betreffenden Complicationen direct mit dem gonorrhoischen Processe in Verbindung zu bringen wären.

Dr. **O. De Petersen** (St. Petersburg): M. H. Es ist besonders erfreulich, dass wir die Gonococcenfrage gemeinsam mit den Herren Gynäkologen discutiren können. Ich glaube es wird der Urethritis chronica doch zu viel in die Schuhe geschoben, bezüglich der Infektion der Frauen durch ihre Männer. Jeder von uns kennt, wie Neisser richtig betont, hunderte von Fällen, wo mit Urethritis chronica geheiratet wird, ohne zu inficiren.

Warum die Herren Gynäkologen jetzt so häufig die Parametritiden auf Infektion seitens der Männer zurückführen und wie sicher das klinische Bild ist, dieses mitzutheilen, sind uns die Gynäkologen schuldig geblieben.

Dr. **C. Menge** (Leipzig): M. H. Eine Mischinfection besteht sehr wahrscheinlich bei der Gonorrhoe, aber nur in dem Sinne, dass von der durch den primären, gonorrhoischen Prozess gesetzten Wunde aus Streptococcen oder Staphylococcen eindringen. Ich theile also diese von Touton gegebene Meinung. Eine Symbiose dagegen besteht nicht, denn der von Herrn Touton angeführte Fall von gleichzeitigem Nachweis von Gonococcen und Streptococcen im Eiter ist nicht beweisend, da er nur mikroskopisch nicht aber durch Culturversuche untersucht ist. Die Differenzialdiagnose zwischen Streptococcen- und Gonococceninfektion ist aber mikroskopisch unmöglich, da man im puerperalen Uterus Streptococcen intracellulär liegend findet und die Streptococcen bei der Gram'schen Färbung, die Farbe abgeben können. Trotzdem stehe ich bezüglich des diagnostischen Wertes des Gonococcennachweises überhaupt auf Neissers Standpunkt, da man im Allgemeinen nur reine Gonococcenkulturen erzielt, wenn man dieselben auch mikroskopisch nachweisen kann. Was die Betheiligung des Bindegewebes an dem gonorrh. Prozess betrifft, möchte ich als Beitrag zu dieser Frage, drei Fälle von Ovarialabscess erwähnen, in denen es mir gelang Gonococcen zu cultiviren.

Dr. **L. Casper** (Berlin): betont die Uebertreibungen, die auf dem Gebiet der Urethroscopie in letzter Zeit geschehen sind, ohne die Vorzüge dieser Methode in vielen Beziehungen leugnen zu wollen. So z. B. die Ansicht des Herrn Bröse als ob es möglich wäre mit der Urethroskopie zu ergründen, ob eine Urethritis infectiös ist oder nicht, das geht nicht, denn oft sitzen die Processe der Gonorrhoe submucös. Dass man den Gonococcus nicht überall findet wo noch Gonorrhoe ist, ist ebenso wenig wunderbar wie die Thatsache dass man nicht bei jeder Tuberculose Tuberkelbacillen findet.

Dr. **P. Broese**: erwiedert Herrn Casper, dass er nicht behauptet hat, dass die Urethroskopie im Stande ist, die Infektiosität oder Nichtinfektiosität zu erkennen. Herrn Neisser, dass für die Gynäkologie die mikroskopische Untersuchung sehr viel schwieriger ist als bei der männlichen Urethra und wegen ihrer Unsicherheit durch die klinischen Methoden ersetzt werden muss.

Dr. **P. Touton**: Die Discussion stand mit Ausnahme der Worte des Herrn Bröse in Uebereinstimmung mit meinen Thesen. Bezüglich den Bröse'schen Ausführungen bleibe ich auf meinem mit dem Neisser'schen identischen Standpunkt. Bemerkenswerth sind die Mittheilungen des Hn. Padula über die Gonorrhoe als allgemeine Erkrankung, insbesondere des gonorrhoischen Fiebers. Es ist möglich dass Menge's Fälle von Ovarialabscessen gonorrhoische Eiterungen in ihres Epithels verlustigen Graaf'schen Follikeln darstellen. Im Gegensatze zu Menge halte ich eine Symbiose von Gonococcen mit anderen Pilzen in demselben Sekret für möglich und erwiesen.

Dott. **F Padula** (Roma):

Febbre infettiva da virus blenorragico.

Sente il dovere di richiamare l'attenzione dei signori congressisti sopra una speciale forma di malattia infettiva, di aspetto tifoide, che segue, quantunque abbastanza raramente, alla blenorragia uretrale, e di già da lui illustrata fin dal 1892 (Roma, stabilimento Giuseppe Civelli).

Questa forma morbosa, che potrebbe essere considerata come una delle tante complicanze dello scolo uretrale virulento, pare all'A. che, tanto pei sintomi, quanto pel decorso, meriti d'esser considerata come una individualità patologica speciale.

Essa è caratterizzata specialmente da una febbre a tipo continuo-remittente (eccezionalmente anche intermittente), da adinamia notevole, da melanconia e da leggero tumore alla milza.

Doct. **L. Jullien** (Paris):

Traitement pratique de la blennorrhagie chez la femme.

Ayant dans mon service de Saint-Lazare une grande quantité de femmes blennorrhagiques, j'ai essayé beaucoup d'agents de guérison dans des cas où le gonocoque avait été reconnu.

J'ai successivement abandonné la pyridine, les couleurs d'aniline, le sublimé en irrigation et le nitrate d'argent, et voici le traitement auquel je me suis arrêté depuis un an.

Il est basé sur l'emploi de l'icthyol en solution au dixième dans la glycérine.

Pour faire la cure locale, en laquelle seule nous devons avoir confiance, je me sers d'une tige de cuivre de 8 à 10 cm. de longueur, du volume d'une plume d'oie, et hérissée de petites rugosités, sur lesquelles j'applique une mince couche de coton hydrophile. Cette tige est elle-même enmanchée dans une très longue tige de bois; ces dimensions sont utiles pour le maniement commode de l'instrument.

Ma méthode consiste à porter tous les jours cet instrument chargé de la solution dans le canal. La malade ayant uriné au préalable, je l'introduis. le passe et repasse assez violemment. Si cette manœuvre est recommencée tous les jours, on peut compter sur une amélioration progressive. J'ai vu la guérison survenir en deux ou trois semaines.

La même solution sert à faire, au moyen d'un tampon vaginal, une barrière entre l'urèthre et l'utérus, et si l'utérus est malade, c'est encore la tige de cuivre entourée de coton et imbibée d'icthyol qui me permet de le traiter dans les cas bénins ou au début, lorsque ni le curettage, ni la résection de Schröder ne semblent absolument indiqués.

Dans ces conditions est constitué un bon traitement, commode, facile, très pratique de la blennorrhagie, et dépourvu de tout danger. Aucune complication n'est à craindre; je n'ai jamais vu l'urèthre, même violemment frotté et presque écouvillonné, et saignant, donner lieu soit à une propagation vers la vessie, soit à une inflammation plus grande de ses membranes, de même qu'il n'est nullement à craindre de voir l'enveloppe de coton adhérent à la tige rester dans le canal.

Enfin, ce traitement empêche de la façon la plus sûre le cheminement du mal vers la matrice.

Il est bien entendu, et je tiens à faire cette réserve, que je ne prétends pas que toute blennorrhagie cédera toujours à ces pratiques; il y a des cas aigus particulièrement graves et intenses, il y a des cas chroniques invétérés dans lesquels les glandes sont envahies jusqu'au fond de leurs culs-de-sac, aussi bien dans l'urèthre que dans les cavités utérines; ces cas restent justiciables des moyens radicaux qui relèvent plus particulièrement de la chirurgie, et je dois excepter dans cette communication ces éventualités qui constituent en définitive des raretés.

Discussione

Prof. **D. Majocchi** (Bologna): Riferisce sopra una *nuova cannula* di vetro *a doppia corrente* per la irrigazione nell'uretrite anteriore acuta, di cui dimostra i vantaggi terapeutici. Appresso si ferma a far riconoscere mercè parecchi esperimenti sul cadavere, sul vivo e sugli animali: 1° Che il liquido d'irrigazione penetra sino al bulbo; 2° Che subisce in breve tempo il più completo rinnovamento.

Dott. N. **Barrucco** (Bologna):

I moderni criterii scientìfici nella cura locale dei processi blenorragici degli organi sessuali maschili e di una nuova siringa a tripla corrente per l'irrigazione contemporanea dell'uretra anteriore, dell'uretra posteriore e della vescica orinaria.

Questa memoria venne già edita in Bologna, libreria Trèves, marzo del 1894. Pagine 36 con figura.

La *siringa* è vendibile al prezzo di lire 10 presso l'autore, via d'Azeglio, 58.

Prof. V. **Mibelli** (Parma):

Sulla cura della uretrite blenorragica con le irrigazioni di permanganato di potassio: presentazione di una nuova cannula per le irrigazioni uretrali a doppia corrente, del dottore G. Vanghetti.

Venne già resa di pubblica ragione nel *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1894.

Dott. E. **Burci** (Pisa):

Studio sulle sinoviti blenorragiche.

L'A. ha avuto l'opportunità di osservare tre casi di sinoviti blenorragiche e dal reperto batteriologico è risultata la presenza del gonococco nell'essudato articolare. Ha potuto rilevare come più scarso si trovi il gonococco e con maggior quantità di forme involutive via via che ci si allontana dal principio della affezione articolare. Nel secondo caso osservato, che presentava la lesione ad ambedue i ginocchi, mentre intervenendo prontamente a destra trovò il gonococco, a sinistra dopo 15 giorni l'essudato ne era privo. Una sola volta ha ottenuto culture in miscele di siero placentare ed agar. Avendo potuto però coltivare il gonococco da un secreto uretrale, e dal muco pus di una endometrite cervicale blenorragica ha fatto diversi esperimenti in conigli, in cani ed in topi bianchi. Dai risultati è portato a conchiudere:

1. Che le culture di gonococco possono dar luogo in alcuni animali da esperimento a processi suppurativi, per quanto lievi.
2. Che esso penetra negli elementi epiteliali pavimentosi.
3. Che esso viene incorporato da leucociti ed in essi prontamente distrutto.
4. Che si può ritrovare nel sangue.

Mettendo poi in rapporto i dati desunti dalla osservazione clinica con quelli che risultano dalle ricerche sperimentali conclude:

1. Durante una blenorragia si verificano realmente delle sinoviti articolari di preferenza localizzate al ginocchio nell'essudato delle quali si trova il gonococco di Neisser.

2. I sintomi e l'andamento clinico permettono di differenziare queste da altre che possono accidentalmente verificarsi durante la malattia prima e che sono la conseguenza di una infezione mista.

3. Tenendo conto di questo, del reperto batteriologico, di alcune osservazioni anatomo-patologiche, le quali furono possibili in qualche caso, e dei risultati di alcune ricerche sperimentali, si possono ritenere quelle artriti in rapporto patogenico col diplococco di Neisser.

4. Allo stesso gruppo debbono ascriversi alcune altre sinoviti nelle quali, pure essendo conforme la sintomatologia e la qualità dell'essudato, il reperto batteriologico è completamente negativo.

5. Per determinare queste successioni morbose, il gonococco penetra per eccezione direttamente nel circolo, ma per lo più coll'intermezzo delle vie linfatiche.

6. Per la cura di queste sinoviti è utile attendere che siano passati circa 15 giorni, e successivamente intervenire colla semplice puntura aspiratrice, aggiungendo al più la irrigazione borica.

Prof. E. **Schwimmer** (Budapest):

L'Alumnol dans le traitement des maladies blennorrhagiques.

L'Alumnol est un médicament astringent et antiseptique, qui ne se combine pas avec l'albumine, comme, par exemple, le nitrate d'argent, et qui permet que ses qualités astringentes pénètrent dans la profondeur du tissu conjonctif. A cet égard, l'emploi de cet agent thérapeutique est principalement utile pour combattre les procès blennorrhagiques. J'ai employé cet agent médicamenteux, depuis presque deux ans, dans mon service, et je veux rapporter, en quelques mots, les résultats obtenus.

Dans la blennorrhagie aiguë de l'homme, j'ai fait des expériences avec une solution aqueuse qui variait de 0,5 à 5 p. c.; d'une part, sous forme d'injections, 3 fois par jour, de l'autre, sous forme de lavements de l'urèthre, avec un cathéter Nélaton ou par des instillations avec l'appareil de Guyon. Le nombre des malades traités est de 200. Quand on commençait avec une solution de 2 p. c., l'irritation uréthrale augmentait, même en abaissant la dose jusqu'à 1 p. c. Dans les cas chroniques, les malades supportaient beaucoup moins bien l'application de cet astringent, mais la durée du traitement n'était pas plus longue qu'avec l'application des autres médicaments.

Dans le traitement de la *blennorrhagie de la femme* les résultats obtenus étaient plus satisfaisants; tandis que dans les cas aigus l'irritation augmentait un peu, l'effet de l'alumnol était *excellent* dans les cas chroniques et subaigus, et les malades qui venaient à l'hôpital dans un état chronique, guérissaient tous, dans un laps de temps de deux semaines à deux mois. L'application se faisait, en partie sous forme de lavages du vagin à l'aide d'un spéculum, et en partie par l'application d'un tampon dans le canal cervical de l'utérus.

Prof. A. Gavino (Mexico):

Nouveau traitement du cancer épithélial de la peau — Cures offrant tous les caractères de guérisons radicales.

Messieurs. Sans vouloir refaire ici l'énumération des différents caustiques qui ont été employés jusqu'à ce jour, avec plus ou moins de succès, dans le traitement des épithéliomes, j'appellerai d'abord votre attention sur les inconvénients que présentent la plupart d'entre eux, notamment la pâte de Vienne et l'acide chromique, qui causent au malade d'intolérables douleurs et laissent après eux des cicatrices extrêmement difformes.

Les procédés chirurgicaux, le fer rouge, le thermo- ou galvano-cautère, le grattage, avec ou sans cautérisations consécutives, entraînent également de grandes pertes de substance qui défigurent souvent le malade (puisque l'épithélioma s'attaque principalement au visage) et dans tous les cas sont également très douloureux, si l'on ne veut faire courir au malade les risques d'une anesthésie.

Bien plus, dans la plupart des cas, on voit bientôt apparaître dans la cicatrice, des bourgeons qui indiquent que le mal n'a pas été atteint dans sa racine et que l'épithélioma récidive.

Ceci dit, permettez-moi, maintenant, de vous exposer comment je fus amené à employer la méthode que j'ai l'honneur de préconiser devant vous.

J'avais à traiter une dame atteinte d'un épithélioma du nez, lequel s'étendait déjà sur une surface d'un centimètre et demi de diamètre.

La malade repoussait toute intervention chirurgicale, ne voulant pas affronter les douleurs d'une opération ni se soumettre au chloroforme.

Je dus en conséquence chercher un autre traitement curatif moins effrayant pour la malade.

Dans la pensée que l'épithélioma pouvait être de nature parasitaire (certains bactériologistes ont en effet signalé la présence des coccidies, sans toutefois démontrer qu'elles fussent la cause de la néoformation) je m'arrêtai aux antiseptiques.

Je poursuivais alors l'étude des antiseptiques et j'avais eu l'occasion de vérifier ce fait bien connu: que les solutions concentrées de sublimé ont la propriété de coaguler d'une manière exagérée les substances albuminoïdes.

Or, en raison même de cette propriété, leur application sur les tissus ulcérés ou non, en produisant la coagulation des parties supérficielles, fait obstacle à l'action du plus puissant des antiseptiques sur les régions sous-jacentes.

En 1888, en effet, consulté par un de mes collègues, j'avais déjà interprété dans ce sens l'expérience suivante:

Deux fragments de placenta ayant été placés l'un dans un flacon contenant une solution de sublimé à 4 p. c., l'autre dans un flacon contenant une solution de sulfate de cuivre au même titre, au bout de quelques jours, il se dégageait du flacon de sublimé une forte odeur de putréfaction, tandis qu'aucune odeur ne s'échappait de celui contenant la solution de sulfate de cuivre[1]).

[1]) Thèses d'agrégation: Antisepsie puerpérale. A. Chavarri, Mexico, 1889.

Ma conclusion avait été celle-ci: Le sublimé ayant coagulé et rendu imperméable la surface du fragment de placenta qu'on y avait placé, son action ne pouvait plus se faire sentir dans les parties profondes et les microbes anérobiens de la putréfaction s'y développaient impunément, d'où production de gaz fétides.

Le sulfate de cuivre n'ayant pas la même propriété, avait imprégné et aseptisé complètement le fragment de placenta qu'on y avait placé, d'où son parfait état de conservation.

M'appuyant alors sur ce fait, que le mélange d'un acide avec le sublimé tout en augmentant son pouvoir antiseptique lui enlève la propriété de coaguler les albuminoïdes, je fis le choix d'un mélange d'acide nitrique fumant avec une forte proportion de sublimé et je m'arrêtai à la formule suivante:

Acide nitrique fumant. . . . . 10 grammes
Sublimé . . . . 4 »
Papier Berzélius q. s.,

l'addition du papier n'ayant d'autre but que de donner au mélange une consistance sirupeuse presque pâteuse, qui facilite son emploi.

J'appliquai alors ce mélange avec une baguette de bois sur toute l'étendue de la tumeur.

Je constatai qu'elle prenait une teinte d'un jaune vif et qu'elle se gonflait.

J'enlevais alors l'excès d'acide avec du coton imbibé d'eau froide.

La malade ne resentit d'autre sensation que celle d'une légère brûlure, qu'elle compara à celle que pourrait produire l'alcool sur une égratignure; quinze jours après, chute d'une escarre, sous laquelle je rencontrai encore du tissu épithéliomateux.

Nouvelle cautérisation faite dans les mêmes conditions.

Cinq jours après, chute d'une nouvelle escarre, sous laquelle existait du tissu sain.

Au bout de quelques jours, cicatrisation parfaite et, fait notable, sur lequel j'attire surtout votre attention, pas de cicatrice, mais une simple tache rosée, lisse et unie, sans aucune déformation.

La cure remonte a 4 ans; pas de récidive.

J'ai communiqué cette observation à plusieurs de mes collègues professeurs à la Faculté de Mexico, lesquels ont commencé à appliquer ma méthode et tous ont toujours obtenu les mêmes succès.

L'un d'eux a traité un épithélioma avec ulcération généralisée à presque toute son étendue et plaques cornées. Cet épithélioma avait envahi tout le nez, la moitié de la joue et la lèvre supérieure, sans toutefois que les ganglions fussent infiltrés. L'affection remontait à 14 ans.

La guérison s'est produite au bout de 45 jours.

La première cautérisation a été faite par moi, et M. le docteur Zárraga à continué le traitement jusqu'à la guérison complète, qui remonte déjà à deux ans, sans qu'il se soit produit de récidive.

Aujourd'hui, la malade ne présente qu'une légère cicatrice au niveau de la peau, sans la moindre déformation, car, je le répète, dans tous les cas traités, la cicatrisation s'est toujours faite au niveau de la peau et les malades n'ont pas été défigurés.

Beaucoup de cas ont été soumis à l'Académie de médecine de Mexico.

Souvent dans les très grandes ulcérations, j'ai eu recours à des cautérisations pareilles et répétées afin de rendre le traitement moins pénible.

Jusqu'ici aucun des cas traités n'a résisté au traitement et on n'a constaté aucune récidive.

Pour mon compte, sur 13 cas traités par moi, j'ai obtenu 13 guérisons, dont 3 d'épithélioma très étendu du visage.

Une de ces cures a été faite par moi à Paris (épithélioma du nez) en janvier 1894, et le malade est complètement guéri.

Je connais 15 autres cas, tous suivis de guérisons obtenues par MM. les professeurs Carmona, Ruiz, Zárraga, Orvañanos et le docteur Valenzuela.

D'une façon générale, je fais les cautérisations à huit jours d'intervalle; le traitement demande de 15 à 60 jours, selon que l'ulcération est plus ou moins étendue.

L'observation la plus importante a été celle d'un malade qui s'est présenté chez M. le docteur Péan, et qui avait une grosse tumeur épithéliale de 17 centimètres de diamètre au côté droit du visage. M. le docteur Péan n'a pas voulu l'opérer. Sur cette malade j'ai fait l'expérience devant les médecins français, M. le docteur Aubeau, élève de M. Péan, et M. Follet, le chef de clinique de M. Aubeau.

Le malade était déjà dans un état cachectique.

La première cautérisation a été faite il y a un mois; après 10 jours la tumeur est tombée en laissant une grande blessure dans laquelle commençaient à apparaître des bourgeons.

Onze jours après, la deuxième cautérisation a été faite et le sphacèle de tous les tissus commençait à être complet. Il ne reste jusqu'à présent qu'une surface en voie de cicatrisation et le malade est dans un état général très satisfaisant; il a regagné le mouvement du cou qu'il avait perdu depuis deux ans; il mange; la désinfection est complète et la plaie n'émane pas la moindre odeur.

J'espère que, dans quelques jours, il sera présenté par moi à l'Académie de Paris lorsqu'il ne lui restera qu'une cicatrice, comme à tous les malades traités jusqu'à présent.

Prendono la parola sull'anzidetta comunicazione De Watraszewski, Patamia, Breda e De Amicis, il quale ultimo domanda al Gavino che cosa ne avvenga dei gangli ingorgati, dopo eseguito il trattamento.

Il Gavino risponde ai varii oratori, ed al De Amicis, assicurando la costante efficacia del suo metodo, aggiungendo che i gangli presentano una fase di arresto dopo il trattamento.

Prof. A. **Gavino** (Mexico):

Mal del Pinto, ou maladie des taches.

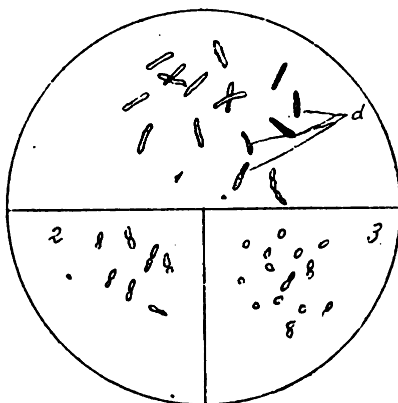
L'A. croit avoir découvert le microbe qui produit cette maladie; il propose d'en appeler les périodes de la manière suivante:

Première période: d'infiltration microbienne: cyanique;

Deuxième période: de vascularisation: xanthique;

Troisième période: de régression ou de sclérose: albide ou cicatricielle

Suivant l'A., la maladie de Pinto est une affection des pays situés à moins de mille mètres au-dessus de la mer, dans les climats chauds et humides (Mexique et Amérique Centrale).



1. Dans la gélatine. Bacilles long. 3-4 μ., larg. 1|2 μ., très mobiles, bouts arrondis.
d. premiers indices de division.
2. 3. Dans le bouillon, 26 heures après l'ensemencement, à 29° C. — Beaucoup de diplocoques se divisant à leur tour pour laisser seulement les *cocci*.

Elle est endémique, transmissible, parasitaire et chromogène (bleu). Le parasite se développe dans le derme. Le microbe cultivé est un bacille qui se divise en quatre et qui laisse à la fin des spores.

Les trois formes de la maladie ne sont que trois périodes: cerulea, rubra et alba.

Dans le sang on ne trouve aucun micro-organisme.

Elle est curable dans la première période.

Dr. **Radcliffe Crocher** (London):

Urticarias with persistent lesions.

If the question were asked « What is the most characteristic feature of urticaria », the reply would probably be « the transitory duration of lesions »; but a very little reflection on our personal experiences in this matter would remind us that there are many exceptions to this characteristic feature, and the deeper this enquiry the more cases we should find in which lesions of a greater or less degree of persistence are striking features.

These lesions are nearly always secondary developments, or at least concomitants of the more common transitory wheals with the usual characters, while in not a few, that mobile condition of the vaso-motor nerves is present, which enables wheals to be produced of any form we choose, and which we therefore call « Urticaria factitia ».

In some of the most aberrant forms of Urticaria with persistent lesions, we are only able to refer the case to the urticarial class because of our power of evoking wheals at will by local irritation. To take first as an example a form in which persistence is only moderately developed, I

would mention the Urticaria papulosa of children, the Lichen Urticaria of Willan. Here, when the wheal which may be either small or large subsides, a conical itching patch which soon acquires a scabbed top, is left, which may remain for days or weeks, and is often the sole lesion present, when the child is brought for advice, and often nothing is said about the wheals unless special enquiry is made for them. To an assembly of experts like yourselves I need not further allude to this common affection, but you are all aware how, in general practice, the urticarial character is overlooked, and these persistent pruriginous papules are mistaken for those of scabies, especially when as often happens impetigo contagiosa is present as a complication.

A rarer form is the one of which I report the following cases:

CASE 1. *Urticaria persistens.* — Mrs. R., married 6 years, was a plump healthy looking woman, but perhaps a little too fat. Her general health was good. She had had a miscarriage a year before she came to the hospital. The skin lesions had been present three months; they began simultaneously on the legs, on the extensor aspect of both wrists, and on the back of the hands. They were a quarter to half an inch in diameter of a pale fawn colour, sharply defined elevations, with a flat surface.

Some on the wrist had a purplish mottling from extravasion of blood, and on the legs there were a large number of uniformly purplish tint, unaffected by pressure. One or two were quite black, with slight vesiculation, and one at the bend of the knee was ulcerating. Near the knee they were pinkish, but still scarcely altered at all on pressure. There was a good deal of staining from old lesions, but both legs were affected, and the lesion were not symmetrical. She had them from the hips downwards, and a few on the stomach; sometimes they itched, but not as a rule.

On the wrist was a scarred patch which looked like an ulcerating gumma when first seen, but began as a little black pimple which became sore, then four other sores formed as big as the tip of a little finger, without a pimple, and then all ran into one.

Sometimes on the thighs it began with burning and stinging, and then about a score of lesions would come out in a group, and remain for a day, and then go away, and there was sometimes two or three days interval between the out-breaks, but those on the wrist, both purpuric and non-purpuric, remained for months, more prominent some days than others; the legs swelled if she was much on them, or when fresh crops came out.

She slowly improved and ultimately got well under rest and tonic treatment.

The transitory character of many of the crops shew that these more permanent lesions were also urticarial and into many of them blood extravasation had taken place, though in others there was no sign of haemorrhage, and the exact anatomical character of the lesions I can not explain. The ulcers which resulted from some of the haemorrhagic lesions breaking down rendered them very liable to be mistaken for gummatous ulcers, if the other lesions had not been present to assist in the diagnosis.

CASE II. — A very remarkable case is one that was exhibited before the Medico-chirurgical Society by Mr. Morant Baker and published in the 54th Vol. of the Society's Transactions in 1891.

The patient Henry E., aet. 33, had suffered from the disease for two years. In addition to the permanent lesions he had Urticaria factitia; he had also large tuberous wheals which came out at frequent intervals with much itching and stinging, and after lasting for some hours disappeared entirely. The face, neck, ears, chest, knuckles, elbows and knees were the most affected, but the flexor aspect of the legs was sometimes involved. The affection was worse in cold weather. The third and permanent class of lesions were well defined hard nodules which in the knuckles and ears especially persisted for weeks or many months, though at first they seemed like the transitory lesions. They were yellowish and firm, very tender and had ulcerated over the knuckles, and the ears had also done so. He had suffered slightly from rheumatism, but not enough to lay him up and his general health was good. The ulceration healed and the lesions diminished considerably and for a time were nearly well in the uniform temperature and good living of the hospital.

Case III. — In another very remarkable case of Mr. Morant Baker's a woman of 24 had suffered for a year from the affection for which she was shown at the Dermatological Society. The disease consisted of pea to bean sized pale purplish red convex nodules rough to the touch like flat wrats. These had developed in small numbers at a time, but as each one persisted when shown to the Society in Oct. 1891, they were pretty numerous all over the limbs, but rather more on the extensor than the flexor aspect. She believed that none of them had ever gone away. They itched severely both during and after development. An early one on the back of the hand was of a brighter red and rather more acutely conical than the rest, and in the centre was a horny dot suggesting that the lesion was formed round a follicle. The urticarial nature of the affection was suggested by the fact that while I was examining her she scratched her forearm and a distinct peasized wheal appeared. Her general health was good.

Drawings, a photograph and a model of this case are in the museum of the College of Surgeons.

Dr. Wallace Beatty has recorded 3 cases of Urticaria followed by persistent pigmentation, but presenting several peculiarities which distinguish it from the usual type of the so-called *Urticaria pigmentosa*. Two were brothers, aet. 12 and 15; the other was a lady, aet. 23. They all had Urticaria of the ordinary type, and one boy had also factitious urticaria. Besides the ordinary wheals, extremely irritable red papules from a quarter of an inch in diameter upwards appeared in crops. In a few days they flattened down, and became brown spots of corresponding area, many of them with a white centre. In the case of the boys, the brown spots ultimately became quite white, smooth and foveated, or with radiating lines on the surface, and though level with the skin were firm to the touch, but there was no atrophy of the skin structure, but only of the pigment. The disease was very chronic, and affected all regions of the body.

Elliot of New-York has published a case, which is probably of the same kind.

Dr. Penrose showed the following case to the Dermatological Society on Dec. 14th. 1892, and subsequently published the history in Vol. V of the British Journal of Dermatology, p. 21.

The patient was a girl, aet. 2 years, with a good family history; and she had been in good health up to the age of 18 months when she had measles. Six weeks later a spot appeared on the dorsum of the right foot followed by others of the same character on the upper eyelids, thighs and trunk. These had become more abundant during the last month. The spots and patches varied from a hempseed to half an inch in diameter, the patches were formed by rings of small hard nodules, and there were small irregular clusters of similar nodules. The colour was red, the surface smooth, and the nodules felt as if they went deep into the cutis. The patches continued to form for months, each patch beginning as a small spot, and gradually spread at the edges; none had disappeared, but three months later, June 14th. 1893, when she was again seen, the patches had almost disappeared, and the child seemed to be in perfect health.

The peculiarities in this case were: —

The development of the disease soon after measles; the peripheral extension of the patches with the border composed of distinct firm nodules; the patches remaining almost unchanged for so long (10 months on the foot).

Finally there are the cases included under the name Urticaria Pigmentosa.

Pigmentation persisting on the site of wheals may be seen at all ages occasionally, but the Urticaria Pigmentosa of infancy has on other grounds a claim for separate recognition.

There are three classes of cases: —

The macular, the nodular, and the mixed.

In the macular type there is little of anything more than deep and persistent pigmentation left when the wheal subsides, but ordinary wheals come out from time to time, and factitious Urticaria is usually present, while the disease generally begins almost, or even quite, from birth. This was the form which Dr. Sangster described and to which he gave the name which has been generally adopted, but while it is appropriate enough for this type of case, it is rather misleading for the other forms.

Urticaria pigmentosa. — Alfred Kirk aet. 18 months, came to University College Hospital on June 29th. 1887.

When he was washed directly after birth, red patches were noticed, and a day or two afterwards they came up into white bumps; there were no yellow stains. Red patches with or without the white bumps on them came out every day, and were more abundant the last 8 or 9 months, since he began to cut his teeth at 11 months; when first seen he had 8 incisors and 4 molars.

The white bumps came out only occasionally, once or twice a week, in clusters here and there, perhaps four or five clusters, mostly on the legs and arms. He did not appear to have rubbed himself, the mother never noticed him doing so, but was at times very irritable, waking up at night and screaming and beating himself frequently. There were no marks of scratching, and he never had any bladders form.

The child was fairly well nourished, but flabby, could only just walk from chair to chair, was slightly ricketty, and joints slightly enlarged. The whole of the face and scalp was thickly covered with yellowish stains

not raised above the surface, the scalp much less than the face. The neck, trunk and limbs, in fact every part of the body, more or less was thickly covered with dirty yellowish stains of an umber tint, some more yellow and others slightly reddish; they were nearly all on the level of the skin but some very faintly raised and perceptible to the touch rather than to the sight, those on the lower limbs being the most raised.

The stains were more abundant on the back, than on the front and on the sides of the neck and face. All the vaccination marks were bordered by the yellow staining, and slightly raised. The stains were from an eighth to a quarter of an inch in size. Factitious Urticaria could be slightly excited; the stains grew paler under pressure, but did not disappear. There were traces of the spots on the soles and palms, but they were reddish rather than yellow. The bowels were never in a healthy condition, the motions frequently slimy, and generally very offensive, varying in colour.

From June 1887 until the present time — March 1894 — he has continued attending the hospital — his condition varying, but on the whole improving, so that fresh lesions came out more sparsely, and at longer intervals, and the pigmentation faded somewhat over the greater part of the body, and as a whole was of a pale sepia tint. The exacerbations corresponded with disordered bowels.

With alkalies and intestinal disinfectants such as Sulphocarbolate of soda, Naphtalin, Naphtol, and Salol, temporary improvement could be effected, but there was reason to believe that a too indulgent mother frustrated my efforts by giving him improper food.

The nodular type was the form first described by Tilbury Fox as Xanthelasmoidea and the most extreme instances are so much like Xanthoma that even to this day; cases of this disease are described in the journals as cases of Xanthoma in children.

I relate cases which have been under my own care, and show you the drawings of a case of Dr. Barr of Leeds which is the most extreme instance that I know of permanent yellow lesions.

This very case was reported first as a Xanthoma, but when he was kind enough to show it to me I recognized its urticarial character. There was a history of the disease dating from infancy, of the development of wheals from time to time and factitious urticaria was still to be excited.

Urticaria pigmentosa nodulata. — Arthus Smith, aet. 1 year, was admitted into the East London Hospital for children on June 21st. 1886. He was quite healthy at birth, and as far as the general health was concerned, continued so during the first 8 months of life, but soon after being weaned he had convulsions. The eruption first appeared, when the child was five weeks old, on the scalp, between the shoulders, and other parts of the back, and by the time he was two months old it had become general, and has remained so ever since.

Fresh spots have continued to appear from time to time, but none have gone away, or even decreased in size.

Each lesion begins as a red patch with white central papule or vesicle some of which burst, and discharge a clear fluid; the redness soon fades, and a nodule remains permanently. They itch a great deal and make the child irritable.

On admission, the child was fairly nourished, and with the exception of the eruption looked healthy. The spots were abundantly and irregularly scattered over the scalp, especially on the vertex, more sparsely over the forehead, and showed a slight tendency to group on the temples. There were a few on the sides of the face, but the centre was free. They were thickly set on the nape, but there were only a few on the sides and front of the neck.

The centre of the chest was clear, but there were about a dozen lesions in the neighbourhood of each nipple.

There were about a score irregularly scattered about the abdomen, about half a dozen in the axillary regions, while in both groins they were crowded together, and partially coalesced.

There were a few on the pubes, and root of the penis. The prepuce only covered the anterior surface of the penis, and there was a scar underneath. Lesions extended sparsely all down the thighs and legs, and on the dorsum of the foot. There were also some on the right sole and traces of them on the left. There were rather more lesions on the back than on the front of the thighs, and there were a few about the anus, the nearest being about half an inch from it.

On the upper limbs there were about half a dozen on the inner side of the left, and on the outer side of the right arm. Rather more on the forearms on both surfaces of the left, but chiefly on the external surface of the right. There were a few on the back of each hand, and one on each palm.

On the back, they were abundant, and rather closely set in the interscapular region, but below that were sparse, not more than about a couple of dozen, and the centre of the back was clear.

There were some on the back of each auricle, but none on the front. The lesions varied in size from a hemp-seed to a small bean, and were round or oval in outline, convex with a smooth surface, with a colour varying from a pale buff, to a deep brown or yellow. They paled slightly on pressure, and were always most deeply pigmented at the periphery, the apex being often of a pale yellowish or reddish tint. The eruption evidently itched considerably, and some of the lesions were slightly scabbed from scratching.

There were no wheals of the ordinary kind, nor could factitious urticaria be produced.

There were slight signs of rickets in the form of tumid belly, thickening of radial and ankle joints, and beaded ribs. The liver could be felt just below the ribs, and the spleen was not enlarged.

The heart and breath sounds were normal.

The child was kept in for three weeks, but there was no fresh development of any kind, so he was discharged and has not been seen since.

Urticaria pigmentosa nodulata. — Amos C., aet. 8 years, was sent to me on July 29th 1893 for diagnosis, from the North East Hospital for children, by my friend Mr. Pollard. The eruption had been present 4 months; the mother gave the following history. The child had chicken-pox three years previously, this left a slight rash of red spots behind it which did not itch. Three or four months before I saw him, another form of eruption appeared, viz. red hemp-seed sized pimples which did not itch. The rash under discussion

followed upon this. When I saw the child there were, on the chest, numerous pale yellow flattened nodules in the skin very like those of Xanthoma. They varied in size from a large hemp-seed to a split pea. In the right supraclavicular fossa there was an irregularly out-lined patch five eigths by a quarter of an inch, and there were numerous smaller papules on the opposite shoulder. On the abdomen were numerous less developed nodules rather redder in colour, but just to the right of the ensiform cartilage was a yellow one about half a square inch in area. On the back were numerous similar lesions, somewhat less developed than those on the chest, extending from the nucha to the lumbar region, limited laterally to about two inches on each side of the spine. The mother had never seen any on the legs or arms, and they are now entirely free, but Urticaria factitia can be excited upon them, but to a much less degree than upon the trunk, and here not only on the free skin, but the old papules which were in the line of scratching, became urticarial in appearance.

Neither the old or the new developed nodules itched at all.

The boy was said to be in good health, but looked delicate, and was thinner than he used to be.

This case is note-worthy as there is, I believe, no other case on record in which the disease has commenced so late, the oldest hitherto known being Stellwagon's which began at 18 months old, nearly all the rest having begun below the age of three months, and in my first case the rash was noticed at birth.

Discussione

Prof. **A. Neisser** (Breslau): glaubt, dass die sogenannte Urticaria pigmentosa mit der eigentlichen Urticaria garnichts zu thun hat.

Letztere ist eine vasodilatatorische Neurose mit Hypersecretion von Lymphe, vergleichbar den Erscheinungen, welche man als Hyperaemie und Schwellung nach Reizung des Nerv. lingual. beobachten kann. Die Urticaria pigmentosa ist ein Neoplasma eigner Art mit auffallenden Urt.-Symptomen, aber die Urticaria ist nicht die Ursache.

Ob dieses Neoplasma in den Fällen Crockers den Formen des Xanthoms entspricht, und daher der Name Xanthelasmoidea richtig, bedarf weiterer Untersuchung.

Prof. **H. Hallopeau** (Paris): J'ai fait connaître récemment deux formes, non encore décrites, d'urticaire persistante.

L'une d'elles peut être appelée *lichénoïde.* Elle est caractérisée par la production de papules très analogues à celles du lichen obtusus; elles sont confluentes et occupent la plus grande partie de la surface du corps: elles durent pendant plusieurs mois; fréquemment, soit spontanément, surtout la nuit, soit sous l'influence d'excitations mécaniques, elles augmentent passagèrement de volume et méritent alors la qualification d'urticaire tubéreuse.

Nous avons nommé œdémateuse persistante une autre forme d'urticaire; chez la malade d'après laquelle nous l'avons décrite, elle occupait depuis deux ans la plus grande partie de la surface du corps, en prédominant à la face; elle présentait l'aspect d'œdème chronique; fréquemment les saillies

augmentaient considérablement de volume et s'accompagnaient de cuisson intense.

Je rappellerai enfin que j'ai signalé dans l'urticaire pigmentée le développement de cicatrices sans ulcérations préalables.

Terza Seduta.

31 Marzo 1894, ore 9.

Presidenti: Prof. Lang (*Vienna*), assistito dal prof. Campana (*Roma*), dalle 9 alle 11; prof. Schwimmer (*Budapest*), assistito dal Prof. Majocchi (*Bologna*).

RELAZIONE.

Stato attuale della quistione sui licheni.

Prof. **A. Neisser** (Breslau), Referent:

Meine Herren! Als das Organisationscomité unserer Section mir die ehrenvolle Aufgabe stellte, ein Referat für unsere Sitzung vorzubereiten, wählte ich ohne Zögern als Thema die Lichenfrage.

Ich glaubte mit demselben gerade für einen internationalen Congress eine gute Wahl zu treffen, da es sicherlich sehr erspriesslich sein würde, von den Vertretern der verschiedenen Schulen und Nationen den Austausch ihrer, wie bekannt, so vielfach differirenden Anschauungen hören zu können.

Heute, im Anblick meiner XIV Thesen, fürchte ich, dass die Aufgabe, vor die ich mich und auch Sie gestellt habe, eine gar zu grosse und umfangreiche sein wird; es scheint mir kaum möglich in der kurzen Frist einer Sitzung die Fülle der interessanten allgemeinen wie Detailfragen zu erledigen, die unser Thema « Die Lichenfrage » in sich birgt.

Ein Theil unserer Aufgabe — der Lichen ruber — hat zwar bereits auf dem Pariser Congress und seitdem in einer sehr grossen Anzahl von Vorträgen und Abhandlungen eine eingehende Würdigung erfahren, eine vollkommene Uebereinstimmung aber ist noch immer nicht erzielt worden, wenn auch für mich als bleibendes Resultat, wie ich vorwegnehme, all dieser Verhandlungen geblieben ist die Anschauung, dass ein fast verloren gegangenes Krankheitsbild: die Pityriasis rubra pilaris Devergie's wieder als morbus sui generis anzuerkennen sei. Diesen Theil der Lichenfrage werden wir daher hoffentlich heute kurz erledigen können, während beim Lichen ruber selbst wesentlichere Differenzen zu besprechen sein werden.

Bedeutend wichtiger aber scheint mir die Discussion derjenigen Lichenerkrankungen, welche wir als die « Lichenformen der alten Autoren » bezeichnen. Auch hier ist es ein Verdienst unserer französischen Collegen, diese Discussion angeregt zu haben, und ich gebe gewiss einem allgemein em-

pfundenen Gefühl der Trauer Ausdruck, wenn ich zu Beginn dieser Besprechung des schmerzlichen Verlustes gedenke, den die dermatologische Wissenschaft durch das Hinscheiden unseres verehrten Collegen und Freundes Vidal erlitten hat. —

Gestatten Sie mir jedoch, ehe ich in die Besprechung der in Ihren Händen befindlichen Thesen und der Einzelfragen eingehe, zwei allgemeine Gesichtspunkte kurz zu behandeln.

Zu welchem Zwecke beschäftigen wir uns eigentlich so intensiv mit der Classificirung und Nomenclatur der einzelnen Dermatosen? Ist es nicht ganz gleichgiltig, ob der Eine den, der Andere einen anderen Namen für ein Krankheitsbild wählt, wenn man nur über das Wesen der Krankheit sich verständigt hat?

Aber eben diese Verständigung zwischen den einzelnen Autoren, speciell wenn sie verschiedenen Schulen und Nationen angehören, ist durch die verschiedene Nomenclatur ungeheuer erschwert; muss man doch bei einer ganzen Anzahl von Hautkrankheiten — die « Lichenformen » der alten Autoren sind dafür ein classisches Beispiel — immer eine Serie von Namen womöglich mit Hinzufügen der Autoren aufzählen, um verständlich zu machen, was man selbst mit der Bezeichnung irgend eines Falles im Sinne hat. Also schon zum Zwecke einer leichteren Verständigung haben derartige Nomenclatur- und System-Studien gewiss einen grossen Werth.

Ferner aber ist der gewählte Name meist ein kurzer Ausdruck der Auffassung, welche der einzelne Autor von der betreffenden Krankheit hat, und daher bedingt jeder Systematisirungsversuch eine Menge von Arbeiten über Aetiologie, über Pathogenese, über pathologisch-anatomische und physiologische Verhältnisse im Entstehen und Ablauf jeder Krankheit, Studien, welche dem tieferen Verständniss jeder einzelnen Krankheit sicherlich zugute kommen.

Den wesentlichsten Zweck unserer Systematisirungsversuche sehe ich in den Vortheilen, welche dem Lehrer wie dem Lernenden aus einem System erwachsen. Wer bereits über vollkommene Kenntnisse aller Einzelheiten jeder Hautkrankheit verfügt, für den ist ein System allerdings ganz überflüssig. Wie schwer ist es aber, ohne ein solches, oder umgekehrt ausgedrückt, wie sehr erleichtert wäre unsere Aufgabe, Anfänger in die Dermatologie einzuführen, wenn man im Stande wäre, von vornherein durch Zusammenfassung verschiedenartiger Krankheitsbilder zu grossen Gruppen einen orientirenden Faden in dem Wirrwar der sich dem Auge aufdrängenden Formen zu geben? Von diesem didaktischen Standpunkte aus also möchte ich glauben, dass so energisch wie möglich an der Ausarbeitung eines guten Systems gearbeitet werden müsse.

Und wie soll dieses didaktische System aufgebaut werden? Von den Meisten wird die Auffassung vertreten, es müsste durchaus ein einheitlicher Gesichtspunkt und zwar der aetiologische, dem gesammten System der Hautkrankheiten zu Grunde gelegt werden, und weil dies zur Zeit unmöglich ist wegen unserer Unkenntniss der Aetiologie bei so vielen Dermatosen, so erklären sie jeden Versuch, ein System aufzustellen, für verfehlt. Ich kann mich dieser Argumentation nicht anschliessen. Ich stelle mich auch hier vollkommen auf den Standpunkt: wie machen wir es in der Klinik, wenn wir Dermatologie, wenn wir Diagnosticiren lehren und lernen wollen?

Beginnen wir wirklich sofort und ohne jede Ueberlegung mit ätiologischen Untersuchungen? Nein, wir machen uns zuerst an die Beurtheilung des objectiven Hautbildes. Wir beschreiben die Hautveränderungen mit allen Details der Farbe, Consistenz, Oberflächenbeschaffenheit, Form, Stellung der einzelnen Gebilde zu einander, wir suchen festzustellen, ob sie primär der eventuellen Krankheitsursache und dem eigentlichen Krankheitsvorgange entstammen oder ob secundäre und nur indirect wirkende Momente einzelne Veränderungen auf der Haut hervorgebracht haben. Wir betrachten die Localisation und versuchen dieselbe aus innerlichen oder äusserlichen Momenten zu erklären. Stets also ist es das Bild der objectiven Hautveränderungen, welches den Ausgangspunkt unserer Betrachtungen gibt.

Aus den beobachteten Symptomen und ihrem Ablauf suchen wir dann einen Rückschluss auf den pathologischen Vorgang und womöglich auf die Genese desselben zu ziehen und wir bemühen uns mit Zuhilfenahme aller möglichen feineren Methoden: histologischer, bakteriologischer, experimenteller, chemischer etc. die Ursache direct nachzuweisen.

Gelingt es diese ätiologische Basis zu finden, so wird nicht nur das Verständniss der ganzen Krankheit mit einem Schlage erschlossen, — und daher wird alle wissenschaftliche Forschung das Aufsuchen der Aetiologie in erster Reihe zur Aufgabe haben — wir verwenden die Feststellung der Aetiologie auch für die Diagnose bei denjenigen Krankheiten, z. B. Gonorrhoe, bei denen wir durch klinische Erfahrung gelernt haben, dass die Gonococcenuntersuchung der einfachste, bequemste und sicherste Weg zur Diagnose ist.

Bei anderen Krankheiten aber, z. B. Scabies, Mycosis tonsurans verzichten wir, obgleich wir deren Aetiologie aufs Genaueste kennen, je geschulter wir in der Diagnostik werden, entweder ganz auf die ätiologische Untersuchung, begnügen uns mit der Beurtheilung der cutanen Affectionen oder wir machen mit dem Nachweis der Milben, der Pilze, nur die Probe aufs Exempel. Jedenfalls bleibt die haut-klinische Beurtheilung das Wesentliche und Leitende in der Untersuchung wie Beurtheilung des einzelnen Falles und darum glaube ich, muss ein didaktisch-praktischen Zwecken dienendes System von den klinischen Hautsymptomen ausgehen. Dass ich dabei nicht an das alte Willan'sche Efflorescenzensystem denke, brauche ich wohl nicht besonders zu betonen. Selbstverständlich werden wir überall der Kenntniss der Entwicklungsstadien der Efflorescenzen, der Art der Verbreitung und des Wachsthums u. s. w. Rechnung tragen.

In anderen Fällen werden wir den Schwerpunkt der Betrachtung legen auf den pathologischen Vorgang: Entzündung, vasomotorische Vorgänge u. s. w., welcher einzelne Efflorescenzen oder diffusere Alterationen bildet oder sie charakteristisch auszeichnet.

Kurz, verschiedene Gesichtspunkte werden es sein, welche bei den einzelnen Gruppen der Hautkrankheiten für Classificirung und Zusammenfassung massgebend sein werden, wenn auch darunter der principielle Gesichtspunkt: ein einheitliches System aufzustellen, verloren geht.

Der Mitbetheiligung des Gesammtorganismus wird dabei natürlich eine grosse Bedeutung zukommen. Es frägt sich nur, wie weite es uns gelingt, diesen Zusammenhang zu beweisen. Wo wir die Dermatose nur als ein coordinirtes Glied in einer Reihe von mannigfachen Organleiden erkennen

(z. B. beim Scharlach), werden wir die allgemeine Infection in den Vordergrund der Betrachtung stellen. Wo wir die directe Abhängigkeit der cutanen Manifestationen von anderen primären localen Affectionen z. B. der Nerven (Zoster) oder primären Constitutionserkrankungen (Purpura-Gruppe) nachweisen, werden wir diesen Gesichtspunkten direct Rechnung tragen.

Es wäre aber übertrieben, und ich möchte sagen, für die weitere Entwicklung der Dermatologie schädlich, wollten wir beispielsweise beim Eczem, bei der Akne uns bei einer ähnlichen Auffassung beruhigen.

Wir wissen so gut wie nichts von einem directen Zusammenhang dieser Hautaffection mit Allgemein-Erkrankungen. Wir haben nur eine allgemeine vage Vorstellung davon, dass Ernährungs-, Circulations-, Innervations-Anomalien bald disponirend, bald verschärfend, bald Heilung verzögernd mitwirken, wobei wir sehr oft nicht einmal im einzelnen Falle wissen, was Ursache und was Wirkung ist.

So wenig wir also den Zusammenhang von cutanen Erkrankungen mit allgemeinen Körperzuständen vernachlässigen dürfen, so wenig dürfen wir bei Hautkrankheiten die Bedeutung der cutanen Erkrankungsform unterschätzen. Diese ist und bleibt der Ausgangspunkt für unsere wissenschaftliche und praktisch-diagnostische Arbeit.

Ich habe diesem Gesichtspunkt: das cutane Krankheitsbild in erster Reihe allen Classificirungsversuchen zu Grunde zu legen, vor unserer heutigen Discussion umso nachdrücklicher betonen wollen, als gerade in diesem dermatologischen Capitel in den letzten Jahren von unseren französischen Collegen Brocq, Jacquet, Hallopeau u. s. w. ein anderer Weg eingeschlagen wurde. Sie wollten nicht nur für die ganze Lichengruppe, sondern für alle pruriginösen Affectionen und für einen Theil der von uns als Eczeme bezeichneten Dermatosen die nervösen Erscheinungen als primär und ausschlaggebend für Classificirung und Nomenclatur und damit für die wissenschaftliche Auffassung hinstellen.

Jacquet speciell war es, der immer von Neuem den Satz aufstellte: « Ce n'est l'éruption qui est prurigineuse, c'est le prurit, qui est éruptif. La hiérarchie des symptômes doit être renversée. » Und Hallopeau sagt gar: « L'aspect des éléments éruptifs n'a qu'une importance secondaire. »

Auch Brocq vertrat — freilich stets reservirter und vorsichtiger — eine Zeit lang diese Anschauungen, in der letzten Zeit hat er jedoch in energischer Weise betont, wie verkehrt es sei über den für die Beurtheilung einer Krankheit gewiss wichtigen allgemeinen und constitutionellen Erscheinungen das typische Bild der Hauterkrankungsformen zu vernachlässigen.

« Die lésion éruptive ist ein Element von erster Bedeutung in der Constitution der Dermatosen: ohne dasselbe verlieren wir uns in ein Chaos, welches ebenso traurig wäre, wie das, wenn man sich einzig und allein an die Hautefflorescenz halten wollte. » So nähert er sich wieder meinem und damit dem alten Hebra'schen Grundgedanken: Für die Beurtheilung einer Hautkrankheit kommt in erster Reihe in Betracht das objective Bild der Hautveränderungen. Damit acceptiren wir freilich ganz und gar nicht alle Einzelheiten des Hebra'schen Systems. Denn die Verwerthung aller neueren ätiologischen, histologischen, allgemein-pathologischen Erfahrungen über die Entstehung und Beschaffenheit so vieler cutaner Processe bedingt naturgemäss viele, und zum Theil einschneidende Modificationen.

These I. Der Name Lichen ist einzig und allein für die als Lichen ruber benannte Hautkrankheit beizubehalten.

Meine erste These setzt sich in Widerspruch mit der von Hebra-Kaposi aufgestellten Nomenclatur. Von ihnen finden wir als Lichen bezeichnet sowohl den Lichen scrophulosorum wie den Lichen ruber, während wir nur den Lichen ruber so benannt wissen wollen; und doch glaube ich ganz und gar gerade im Sinne der Kaposi'schen Definition des Lichen zu handeln. Denn auch wir wollen wie Hebra und Kaposi als Lichen nur jene Krankheitsform bezeichnen, « bei der Knötchen gebildet werden, die in typischer Weise bestehen und im ganzen chronischen Verlauf keine weitere Umwandlung zu Efflorescenzen höheren Grades d. i. Bläschen oder Pusteln erfahren, sondern als solche sich wieder involviren. » Wenn aber in der That erreicht werden soll was Kaposi und wir Alle als ein ganz besonders hervorragendes Verdienst Hebra's feiern, nicht nur die physikalischen Erscheinungen zu benennen, sondern einen Krankheitsbegriff zu schaffen, so ist die Hebra'sche Zusammenfassung des Lichen scrophulosorum und Lichen ruber sicherlich zu weitgehend. Denn diese beiden Knötchenerkrankungen haben nur die physikalischen Erscheinungsformen gemeinsam. Ich schlage demgemäss vor — und ich befinde mich in dieser Beziehung in Uebereinstimmung mit v. Dühring — die Bezeichnung Lichen nur für die als Lichen ruber bezeichneten Hautkrankheiten zu verwenden und für Lichen scrophulosorum einen anderen Namen aufzustellen.

Selbstverständlich fällt damit auch die von Vidal vertretene Anschauung, den Namen Lichen wieder einzuführen für eine Anzahl papulöser Erscheinungsformen, die die Wiener Schule mit Recht schon von der Lichengruppe getrennt und anderen Krankheiten zugezählt hatte. Ich sage mit Recht, denn die Vidal'schen Licheneffflorescenzen sind nicht im ganzen Verlauf Knötchen, sondern erleiden schon im normalen Verlauf eine Umwandlung in andere Efflorescenzenformen. Auch halte ich, wie ich später darlegen werde, einen Theil der Lichenformen Vidal's nur für ein Vorstadium eczematöser Krankheitsformen.

Vom Standpunkt der rein physikalischen Efflorescenzenbeschreibung würde auch der Namen Lichen syphiliticus und Lichen pilaris, eventuell auch Lichen urticatus gerechtfertigt erscheinen. Da wir aber so weit als möglich für die Nomenclatur und eine sich daran anschliessende Systematisirung das Wesen der Krankheit, die Aetiologie oder den pathologisch-anatomischen oder pathologisch-physiologischen Process zu Grunde legen, so ergibt sich wohl ohne Widerspruch die in den Thesen V, VII und VIII (siehe später) aufgestellte Bezeichnung. —

Eine eingehendere Besprechung erfordern die Thesen II und III, welche sich mit dem Lichen ruber und der Pityriasis rubra pilaris beschäftigen.

Sie lauten: II. Der Lichen ruber tritt in zwei Hauptformen auf, welche als Lichen (rub.) planus (Wilson) und Lichen (ruber) acuminatus zu bezeichnen sind.

Alle übrigen unter anderen Namen beschriebenen Eruptionsformen sind Modificationen eines dieser Haupttypen.

III. Die Pityriasis rubra (Devergie-Besnier) ist ein morbus sui generis und eine Form der Keratonosen, d. h. der essentiellen Verhornungs-anomalien einhergehenden (erworbenen) Krankheiten.

Ueber die Auffassung des Lichen planus Wilson sive Lichen ruber planus bestehen wohl keine wesentlichen Differenzen. Diese Krankheitsform gehört zu den bestcharakterisirten Hautkrankheiten, die wir überhaupt kennen. Die Zahl der typischen Fälle ist so gross, das klinische Bild so gut fixirt, dass einzelne seltene Entwicklungs- und Verlaufsformen — neben denen übrigens fast stets die typischen Efflorescenzen vorhanden sind — also die annulär-serpiginösen, pemphigoiden, keratoiden, verrucösen atrophisirenden Lichenformen wohl allseitig nur als atypische, für die Gesammtbeurtheilung nebensächliche Abarten der Wilson'schen Krankheit angesehen werden.

Ebensowenig vermag ich in der bald mehr localisirten, bald mehr universellen Localisation oder in der verschiedenen Schnelligkeit der Eruption wichtige, zur Bildung von Unterarten Anlass gebende Differenzen zu sehen.

Daneben freilich gibt es Fälle, die vor der Hand kaum zu rubriciren sind und deren Zutheilung zum Lichen ruber fraglich ist, wenn auch, sowohl der typische Begriff « Lichen » wie « ruber » im Krankheitsbilde vorhanden ist. So zeige ich hier die Abbildung eines Falles, den ich voriges Jahr auf der Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte [1], ein Fall wesentlich ausgezeichnet durch die einer Lichenoideneruption nachfolgenden Pigmentverluste. Die eigentliche Eruption war zwar kein Wilson'scher Lichen planus, aber doch ein « Lichen ruber, » da zu allen Zeiten der Erkrankung nur Knötchen ohne weitere Umwandlung zu Efflorescenzen höheren Grades existirten. In der Literatur habe ich nur eine ähnliche Beobachtung von Hallopeau gefunden (Annales de Dermatologie, 1891, pag. 1008), doch bin ich nicht sicher, ob sein Fall mit dem meinigen identisch ist [2]).

Sodann habe ich in den letzten Monaten 2 Fälle gesehen, die ich in keiner systematisirten Krankheit unterbringen kann, Fälle, die eine Mischung von « Lichen »-Efflorescenzen und « Psoriasis »-Abschuppung und Färbung aufwiesen. Den einen Fall verdanke ich der Demonstration meines Freundes Jadassohn. Der andere kam erst wenige Tage vor meiner Abreise zur Aufnahme in die Klinik.

Sehr erschwert wird in solchen unklaren und im Verlauf noch nicht bis zu Ende verfolgten Fällen, speciell da, wo es sich um Flächenerkrankungen handelt, die Erkenntniss durch die Erscheinungsformen, welche Besnier-Brocq als Lichenification bezeichnen, d. h. jene entzündlich-hyperämischen Verdickungen der obersten Hautbindegewebsschichten mit vollkommener Erhaltung der Richtungs- und Spannungslinien. Die Schwierigkeit wächst besonders dadurch, dass, wie Besnier-Brocq vielleicht mit Recht behaupten, derartige Lichenificationen sowohl primär (d. h. als Product der Krankheit selbst), als auch secundär (als Producte des Kratzens oder sonstiger erst indirect durch die eigentliche Krankheit bedingter Einwirkungen) sich einstellen können.

Die mikroskopische Untersuchung führt in allen diesen typischen Lichen- wie lichenoiden Fällen trotz aller Detailstudien nicht weiter. Auch

[1]) Der Fall wird später ausführlich publicirt werden.
[2]) In der Discussion erklärte Hallopeau die gänzliche Verschiedenheit seiner Beobachtung von der meinigen.

die Frage, ob die primäre Alteration im Epithel oder in den im Bindegewebe sitzenden entzündlichen Processen zu suchen sei, ist nicht aufgeklärt. Mit der einfachen Constatirung eines entzündlichen Processes ist um so weniger etwas gefördert, je mehr wir qualitativ differente Formen dessen, was wir als Entzündung bezeichnen, kennen lernen. Kaposi nimmt zwar besondere ernste und specifische Ernährungsstörung, eine besondere Art der degenerativen Metamorphose des Entzündungsprocesses, der Auswanderung und Proliferation von Zellen der Cutis und Epidermis an. Ich muss aber ehrlich gestehen, dass ich von all diesen Befunden bisher weder beim echten Lichen ruber noch bei verwandten Knötchenformen etwas habe entdecken können.

So sind wir denn auf die klinischen Erscheinungen angewiesen. Unter diesen aber möchte ich unter allen Umständen und mit allem Nachdruck das auf der Haut sich abspielende Krankheitsbild als das erste und wesentlichste Glied hinstellen, welches wir der Auffassung und für eine Systematisirung zu Grunde legen müssen. Die Form der Hauteruption ist in erster Reihe zu berücksichtigen. Von der Aetiologie wissen wir nichts und so wenig ich die grosse Bedeutung der nervösen Symptome im klinischen Complex leugnen will, so werden wir wohl weder Jacquet, der von einer névrose Wilsonienne spricht, noch Hallopeau zustimmen, noch selbst der viel vorsichtiger formulirten Aeusserung Brocq's, der für die Auffassung des Lichen ruber planus 2 Elemente aufstellt, die zwar oft intim vereinigt sind, die aber auch getrennt sein können:

1. einen fast immer stark ausgebreiteten Grad von nervöser Erregbarkeit und cutaner Neuropathie und

2. die Hauteruption selbst.

Auch reihte er den Lichen ruber als VIII. Classe seinen Neurodermien und Neurodermitiden ein.

Von anderen Seiten hat man die nervöse Natur des Lichen ruber durch die Localisation in peripheren Nervengebieten oder durch halbseitiges Auftreten oder die allgemeine neuropathische Disposition einzelner Lichen ruber-Kranker erweisen wollen. Dem gegenüber ist aber wohl festzuhalten: dass die Hauteruption selbst, speciell die Art der Efflorescenz beim Lichen ruber ganz unabhängig ist sowohl von dieser in einzelnen Fällen vielleicht auffallenden Localisation, wie von irgend einer Disposition und allgemeinen Krankheitszuständen der Patienten. Irgend ein bestimmender directer oder indirecter Einfluss all dieser Momente auf die Hauterkrankung kann nicht angenommen werden, sie allein ist als charakteristisches Merkmal der Diagnose und Classificirung zu Grunde zu legen.

Kurz bemerken will ich, dass neben den sensiblen in einzelnen Fällen auch vasomotorische Erscheinungen zur Lichen ruber-Eruption sich gesellen, sei es dass typische Urticaria zwischen den Lichen ruber-Efflorescenzen besteht, sei es dass Lichen ruber-Efflorescenzen selbst eine Art von urticarieller Schwellung aufweisen.

Dem Lichen ruber planus stellen wir gegenüber einen Lichen ruber acuminatus, wobei wir jedoch betonen, dass wir uns weder strict an die Beschreibung des alten Hebra noch viel weniger an die neuere Definition Kaposi's der von ihm so genannten Fälle anklammern, denn es scheint ganz zweifellos, dass beide Autoren ganz verschiedene — nur durch die acuminirte Form der gerötheten Efflorescenzen zusammengefügte — Krankheiten be-

schrieben haben, von denen wir für einige wenige die Zusammengehörigkeit mit dem Lichen ruber planus, für die meisten andern eine solche mit der Pityriasis rubra pilaris reclamiren müssen.

Die letzteren Fälle scheiden eo ipso aus der uns jetzt beschäftigenden Betrachtung aus; denn meiner Ueberzeugung nach muss die Devergie'sche Krankheit als eine eigene gesonderte Dermatose anerkannt werden. Ebenso nachdrücklich glaube ich aber betonen zu müssen, dass es eine acuminirte lichenoide entzündlich-hyperämische Dermatose gibt, die als Lichen ruber-Fälle in eine Classe mit dem Lichen ruber planus zu vereinigen sind.

Die Zusammengehörigkeit der « planus » und « acuminatus »-Gruppe zu einer Classe sehe ich:

1. In den beiden Formen gemeinschaftlichen, deutlich entwickelten Entzündungsprocess bei der Bildung der Efflorescenzen; quantitativ und qualitativ beiden Affectionen analog, typisch different dagegen von den minimalen, kaum angedeuteten Entzündungsvorgängen bei der Pityriasis rubra pilaris.

2. In den in manchen Fällen beschriebenen Vorkommen von planus und acuminatus-Efflorescenzen an demselben Fall, Beobachtungen, die ich hier registrire, ohne aber ein besonderes Gewicht auf sie legen zu wollen.

3. In der Analogie der Allgemeinerscheinungen, welche zwar in typischen Fällen jeder Einzelart graduell sehr verschieden ausgebildet sind, sich aber in schweren Fällen der Planus-Form und in milden Fällen der Acuminatus-Form einander sehr nähern. Und weil es auch bei typischen Lichen planus-Erkrankungen so hochgradig ausgebildete nervöse Erscheinungen: Jucken, Allgemeinerregtheit, Schlaflosigkeit, Depression, Frösteln und Hitzegefühl, allgemeines Daniederliegen der Körperkräfte und des Appetits u. s. w. gibt, dass diese Fälle mit demselben Recht den Namen: « neuroticus » verdienen, wie die unter demselben Namen von Unna beschriebenen (von uns zum Acuminatus gerechneten) Beobachtungen, deshalb halte ich die Bezeichnung « neuroticus » für unzweckmässig, um die beiden Formen von einander zu unterscheiden.

4. In der für beide Formen gleichmässigen Wirksamkeit des Arsens.

Total different aber ist beim Lichen planus einer-, beim Lichen acuminatus andererseits die Hautaffection, in Acuität des Entstehens, in Form der Efflorescenzen, in Schnelligkeit der Verbreitung und der Entwicklung von Infiltraten und Desquamationen. Die von Dühring behaupteten vielen Uebergänge der Hauterkrankungsformen vom Lichen neuroticus Unna zum universellen Lichen (planus) kann ich nicht zugeben, sofern es sich bei Dühring's « neuroticus »-Kranken um acuminirte Lichenformen gehandelt haben sollte. Die Plaques bei Lichen planus sind ebenso verschieden von den Plaques beim Lichen acuminatus wie das einzelne Planusknötchen von der einzelnen Acuminatusefflorescenz.

Kurz, ich halte es für richtiger, die beiden Lichenformen nach dem objectiven Bilde der Hauterscheinungen gegenüberzustellen und zu benennen als nach dem Grade der Allgemeinerscheinungen.

Deshalb bleibe ich — ich möchte fast sagen: trotz Kaposis Stellung in dieser Frage — bei der Bezeichnung acuminatus, weil sie genügend dem Bedürfniss, diese Lichen ruber-Formen als eigene Form dem Planus gegenüberzustellen, entspricht.

Gut ist der Name nicht, weil Kaposi sich immer noch darauf steift: sein Lichen ruber acuminatus sei identisch mit der Pityriasis rubr. pilar., und weil durch die Identificirung der Bezeichnung: L. r. acuminatus mit der Kaposi'schen Auffassung leicht Confusion angerichtet werden kann.

Unser Lichen ruber acuminatus ist nicht der Kaposi'sche, sondern eher der echte Hebra'sche Lichen ruber.

Mag man aber über die Nomenclatur dieser acuminirten Lichenform denken, wie man wolle, darüber kann kein Zweifel meines Erachtens herrschen, dass sie als eigene Krankheitsform existirt. Es genügt nicht zu sagen: « Kaposi's Lich. rub. acumin. ist Devergie-Besnier's Pityriasis rubra pilaris » — das ist für die meisten Fälle sicher — sondern man muss auch zu dieser kleinen seltenen Gruppe, die nicht Pityr. rubr. pilaris ist, Stellung nehmen. —

Auf die Pityriasis rubr. pilar. selbst möchte ich nach den zahlreichen Mittheilungen über dieselbe in den letzten Jahren nicht eingehen, wenn ich auch glaube, dass in einzelnen Punkten wohl die Besnier'sche Beschreibung, der wir die Wiedereinführung der Devergie'schen Krankheit verdanken, modificirt werden müsse. Speciell kann ich nicht verhehlen, dass ich eine grosse Schwierigkeit finde in der scharfen Abtrennung der Pityriasis rubra pilaris von der alten Wilson'schen Folliculitis rubra, Keratosis (Hyperkeratosis follicul.) Kaposi's, Xérodermie pilaire erythémateuse Besnier's, Keratosis pilaris rubra Brocq's.

Getrennt hat man diese beiden Dermatosen eigentlich nur auf Grund der Thatsache, dass man bei der Pityriasis rubra pilaris die Mitbetheiligung der Hand- und Fusssohle für mehr oder weniger charakteristisch erklärte, während diese bei der Keratosis pilaris vollkommen fehlen solle. Wenn ich aber einen Fall sehe, der im 4., 5. Lebensjahre beginnende typische folliculäre erythematöse Keratosen aufweist mit typischen zur Atrophie führenden Efflorescenzen sowohl an den Augenbrauen wie an sehr zahlreichen Follikeln des ganzen Körpers, mit sonst typischem Verlauf und sonst typischer Localisation, dabei aber ausgebildete desquamirende rothe Verdickungen der Handteller und Fussohlen, wie soll ich da die Grenze zwischen den beiden Dermatosen ziehen?

Zu den Thesen IV, V, VI, VII, VIII habe ich wenig hinzuzusetzen. Diesen Thesen behandeln meist mehr Fragen der Nomenclatur als der wissenschaftlichen Auffassung der bezeichneten Hautaffectionen.

These IV. lautet: Einzelne zur Zeit als Psorospermosen gedeutete lichenoide Eruptionen sind vorläufig noch den Keratonosen zuzurechnen.

In der That bin ich von der Psorospermosennatur der unter diesem Namen beschriebenen Knötchenaffectionen durchaus nicht überzeugt. Freilich finden sich eigenartige Verhornungsprocesse speciell bei der von Darier beschriebenen Dermatose, aber weder die klinische Beobachtung gibt einen Anhaltspunkt für die infectiöse Natur dieser Erkrankung, noch kann ich mich der Deutung der mikroskopisch als Psorospermien aufgefassten Gebilde anschliessen. In Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren glaube ich die Darier'sche Krankheit als eine eigenartige Keratosis follicularis auffassen zu müssen.

These V: Der Lichen pilaris ist eine angeborne Hyperkeratose und besser als Keratosis pilaris zu bezeichnen.

These VI behandelt den sogenannten Lichen scrophulosorum: Der Lichen scrophulosorum ist eine meist parafolliculär sitzende Knötchenbildung, deren tuberculöse Natur möglich, bisher aber nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist. Ich schlage vorläufig den Namen « Scrophuloderma miliare » für diese Dermatose vor.

Der Name Scrophuloderma präjudicirt einerseits nicht eo ipso, dass die Hautaffection selbst tuberculöser Natur ist, kennzeichnet andrerseits den nahen Zusammenhang des Hautleidens mit demjenigen Zustand, welchen wir als Scrophulose zu bezeichnen gewohnt sind.

Vor der Einführung des Wortes « tuberculös, » sei es im Hauptwort (Tuberkuloderma oder Tuberkulosis cutis), sei es im Adjectivum, glaube ich Abstand nehmen zu müssen, weil der absolut sichere Beweis von der tuberculösen Natur dieses Hautleidens noch nicht geführt ist. Alle Inoculationsversuche, auch neuere Jadassohns, sind negativ ausgefallen. Andrerseits halte ich auf Grund des Jacobi'schen Befundes (Tuberkelbacillus) und auf Grund von Beobachtungen nach Tuberkulininjectionen es für wahrscheinlich, dass wir es mit einem tuberculösen Leiden zu thun haben. Aber offen ist diese Frage noch.

Die z. B. von v. Dühring vorgeschlagene Bezeichnung Perifolliculitis möchte ich nicht acceptiren, weil das peri- und parafolliculäre Gewebe zwar meist, aber durchaus nicht gesetzmässig der Sitz dieser knotigen Efflorescenzen ist.

These VII: « Der Lichen urticatus ist als Urticaria papulosa zu bezeichnen. »

Hierbei möchte ich nur bemerken, dass ich nach wie vor an der seit Jahren von mir vertretenen Auffassung über das Zustandekommen der Urticaria — und zu dieser gehört das sogenannte acute Oedem — festhalte. Hyperämie wie Transsudation deute ich — entsprechend der bei Lingualisreizung auftretenden Hyperämie und gesteigerten Lymphbildung — als Producte einer vasodilatatorischen und capillar-secretorischen Reizung, bei der möglicherweise eine Mitbetheiligung des musculösen und elastischen Apparates der Haut insofern vorhanden ist, als durch deren Contraction der Abfluss der gesteigerten Lymphmenge verhindert wird. Die Steigerung der Lymphsecretion scheint mir, nach Heidenhains Vorgang, nicht als einfache physikalische Transsudation, sondern als ein Secretionsvorgang gedeutet werden zu müssen.

These VIII: Der Lichen syphiliticus ist als Syphiloderma milio-papulosum zu bezeichnen. Trotz des fast regelmässigen Befundes von Riesenzellen ist dasselbe nicht als eine Mischform von Tuberculose mit Lues aufzufassen [1]).

Die zweite Gruppe der Lichenerkrankungen, zu denen ich mich jetzt wende, ist auffallenderweise in Deutschland wenig zum Gegenstande der Discussion gemacht worden, während die Pariser Dermatologen, in erster Reihe Vidal, nach ihm Besnier, Brocq, Jacquet, Hallopeau und Andere in sehr zahlreichen Mittheilungen und Demonstrationen die Frage erörterten,

[1]) Einer persönlichen Mittheilung C. Pellizzari's verdanke ich dessen dahin gehende Auffassung, dass es sich bei diesem Syphiloderma um ein Syphilid bei scrophulös tuberculösen Individuen handeln möchte. Ich selbst habe meine Fälle auf diesen Zusammenhang bisher nicht geprüft.

ob nicht doch die Lichenformen der alten Autoren, Bazin, Cazenave u. s. w. im System der Hautkrankheiten wieder als eigene Gruppe zum Ausdruck kommen sollen.

Es ist leider unmöglich, so ausführlich, wie es vielleicht erwünscht und nothwendig wäre, diese ganze Frage zu erörtern. Die nachfolgend formulirten Sätze müssen genügen, um wenigstens meinen Standpunkt in dieser Angelegenheit zu kennzeichnen und der Debatte eine bestimmte Grundlage zu geben.

These IX: Der Lichen simple aigu Vidal ist neben der Prurigo-Hebra einer gemeinschaftlichen Gruppe von Angio-Sensibilitäts-Neurodermien einzuordnen und als Prurigo temporaria (Tommasoli) oder simplex (Brocq) zu bezeichnen.

Der Lichen simple aigu ist die einzige Lichenform der französischen Autoren, die in Verbindung mit der Hebra'schen Prurigo gebracht werden kann. Der Name « Prurigo » soll reservirt bleiben für diejenigen Dermatosen, in denen starker Juckreiz (Sensibilitäts-Neurose) mit ausgeprägter vaso-dilatatorischer Transsudation und entzündlicher Veränderung der papulösen Efflorescenzen sich combiniren.

Deshalb sind zu trennen von dieser Classe:

1. sowohl die Urticaria wegen Fehlens der oberflächlichen entzündlichen Hautalterationen (obwohl gerade sie den Prurigo-Formen am verwandtesten ist), wie:

2. die Pruritusformen wegen Mangels der vasomotorischen Neurose und der oberflächlich entzündlichen Efflorescenzenbildung.

X. Ebenso wenig gehören hierher (wegen Fehlens der vasomotorisch-transsudativen Erscheinungen) der Lichen simple chronique (Vidal) (Brocq's Neurodermitis chronica circumscripta) wie der Lichen polymorphe mitis Vidal; beides sind meist papulös beginnende (Pseudo-Lichen, Tommasoli) meist confluirende (Lichenification) leicht ekzematös werdende (Ekzematisation) stark juckende Dermatitisheerde, die am besten als eigene Gruppe in die Ekzemclasse einzuordnen sind.

Die von Besnier für diese Affectionen gewählte Bezeichnung « Prurigo diathésique » halte ich für ungeeignet, weil eben die Prurigo eine ganz andere (der Urticaria verwandte) Krankheit ist.

XI. Unter den von Vidal als Lichen polymorphe ferox bezeichneten Fällen befinden sich theils solche von besonders ausgeprägter Form der sub X beschriebenen Ekzem-Art, theils von wirklicher Prurigo-Hebra (mit starken ekzematösen Affectionen).

XII. Die « lichenoiden » Eruptionen des sogenannten Ekzema folliculare (Malcolm Morris) sind wegen Mangels wirklich ekzematöser Erscheinungen im ganzen Krankheitsverlauf nicht dem Ekzem zuzuzählen, sondern als eine eigene Species der Folliculitiden aufzufassen.

XIII. Dagegen sind gewisse « lichenoide » Eruptionen mit acut entzündlicher Entwickelung der Einzelefflorescenzen, schnellem Confluiren zu infiltrirten und nässenden Ekzemen als papulöse und folliculäre Formen den Ekzemen zuzurechnen.

XIV. Natürlich gibt es Mischformen und Uebergänge aller der eben genannten Typen, sowie « neue » Formen, deren Systematisirung im einzelnen Falle schwierig und strittig, zur Zeit sogar ganz unmöglich ist.

Als Grundlage für die Systematisirung solcher Eruptionen ist festzustellen:

1. Welche Rolle spielt im Auftreten und Ablauf der Krankheit, wie im klinischen Bilde überhaupt der Juckreiz (Sensibilitäts-Neurose)?

2. Ist eine urticariaartige, vasomotorische Transsudation charakteristisch für die Form, Art und Schnelligkeit des Auftretens sowohl der Einzelefflorescenzen wie der gesammten Hautveränderung?

3. Sind entzündliche Processe vorhanden und — wenn das der Fall ist — sind sie wesentlich und primär für die Entwicklung wie den Ablauf der Einzelefflorescenzen, oder sind die im Verlauf der Hautaffection eventuell sich einstellenden entzündlichen Vorgänge secundär, namentlich in Folge des Kratzens, aufgetreten?

Auf die Schilderung der einzelnen Formen kann ich in diesem Kreise sicher verzichten. Ihnen Allen sind aus Vidal's, Besnier's, Brocq's, Tommasoli's Arbeiten, sowie aus den zahlreichen Discussionen der Société française die Formen bekannt, welche diese Autoren in die neue Lichenclasse eingereiht wissen wollen. Wir wollen hier nur kurz untersuchen, ob und wie weit wir der Vidal'schen Formulirung zustimmen können.

Dass wir den Namen Lichen nicht acceptiren, ist schon in These I zum Ausdruck gekommen. Wir haben dort bereits betont, dass, so sehr es uns auch richtig erscheint, dass man die äussere physikalische Form der Efflorescenzen zu Grunde lege, doch Vidal gegenüber festzuhalten sei, dass alle seine lichenoiden Formen nicht typische Knötchen in allen Stadien der Entwicklung seien, sondern überall — bald mehr bald weniger, je nach dem Krankheitsvorgang, welcher die Entstehung der Knötchen bedingt — eine Umwandlung in Bläschen erfolge. Das Knötchen ist also nur ein Stadium. Der Name Lichen kann also für diese Erkrankungsgruppe als wenig zutreffend erscheinen, was übrigens auch Brocq anerkennt.

Ich schliesse mich aber Vidal andrerseits insofern an, dass es Unrecht gewesen ist, diese ganze Classe von Hauterkrankungen den Ekzemen zuzurechnen. Ich unterscheide mich wieder von Vidal, indem ich nur eine seiner Formen, den Lichen acutus als eine besondere Classe herausheben zu müssen glaube, während ich seine 3 übrigen Lichenformen theils vorderhand zu den Ekzemen, theils zur echten Hebra'schen Prurigo rechne.

Freilich ein allen zur Beobachtung gelangenden Fällen dieser Kategorien gerecht werdendes Classensystem können wir nicht bieten. Gerade bei dieser «Lichen»-Gruppe sieht man, dass scharfe Abgrenzungen zwischen vielen einzelnen Formen oft gar nicht aufzustellen sind. Der Uebergänge und Mischformen und Combinationen sind so viele und mannigfache, dass es kaum möglich oder geradezu willkürlich ist, festzustellen, wo in solch fortlaufender Kette von Erkrankungen die Scheidung in einzelne Gruppen vorzunehmen sei.

Auch in dieser Richtung sind es wieder die Arbeiten Brocq's, die ich mit ganz besonderer Freude begrüsse, obgleich ich soweit in der Verknüpfung der Dermatosen, wie er es thut, doch nicht gehen kann. Mir war es immer so vorgekommen, als wenn unsere französischen Collegen mit ganz besonderer Vorliebe einer etwas schematischen Classificirung zuneigten, während ich selbst in meinen privaten Versuchen, ein System zu schaffen, schon lange mich überzeugt hatte, dass man über die Aufstellung grosser Hauptgruppen

und über die Fixirung grösserer Gesichtspunkte, von denen aus man die einzelnen sich darbietenden Krankheitsformen beurtheilen solle, kaum hinauskommen würde.

Unter allen Umständen aber muss man, wie ich schon Eingangs betont und wie es auch Vidal im allgemeinen (wenn auch in einer mir nicht ganz zusagenden Weise) gethan hat, die in Rede stehende Krankheitsgruppe wesentlich nach dem cutanen Bilde beurtheilen und ordnen. Brocq und wesentlich Jacquet waren in verschiedenen Arbeiten zu dem Schluss gekommen, man müsse bei diesen Hautkrankheiten mehr die im Ablauf der Erkrankung geradezu typischen nervösen Vorgänge in den Vordergrund stellen derart, dass Brocq die pruriginösen Hauterkrankungen, die alten und die neuen Lichenformen direct in eine grosse Gruppe von Neurodermien und Neurodermitiden — in 7 Unterclassen getheilt — zusammenfasste.

Eine derartige zusammenfassende Betrachtung aller der auf inneren oder unbekannten Ursachen beruhenden juckenden Dermatosen würde auch ich in einem Lehrbuche als eigenes Capitel für sehr geeignet halten; es würde sicherlich dem Lernenden eine willkommene Uebersicht gewähren über all die verschiedenen Hauterkrankungsformen, in denen der Kranke als wesentlichste Beschwerden ein (nicht durch äussere Ursachen hervorgerufenes) Jucken in den Vordergrund stellt.

Ich kann mich aber nicht damit befreunden, das Jucken, wenn es auch das störendste und wesentlichste Symptom im klinischen Bilde darstellt, herauszugreifen und es als oberstes Princip für die Bildung einer grossen Krankheitsgruppe anzuerkennen.

Ist denn wirklich bewiesen, dass, wie Jacquet, Hallopeau u. s. w. meinen, das Jucken, die nervöse Alteration das primäre und schaffende im pathogenetischen Zustande ist?

Und selbst wenn wir das beweisen und für unsere theoretische Auffassung acceptiren könnten, wäre es wirklich gerechtfertigt und für die praktischen Zwecke der Diagnostik zweckmässig, das cutane Bild für irrelevant für die Krankheits-Auffassung zu erklären?

Gewiss nicht! Die Efflorescenzenformen sind ebensowenig das einzig entscheidende, wie sie ganz werthlos sind, und das ist die Basis, auf der sich die — wie mir scheint etwas künstlich construirten — Gegensätze der Wiener und Pariser Dermatologen sicher begegnen.

Wollen wir jetzt, zu unserer eigentlichen Aufgabe zurückkehrend, die betreffs ihrer Stellung im System strittigen Lichenarten Vidals charakterisiren, so können wir nur dann vorwärts kommen, wenn wir von bestimmten bereits fixirten Krankheiten oder Krankheitsbegriffen ausgehen.

In erster Reihe ist festzuhalten an dem von Hebra geschaffenen Krankheitsbilde der Prurigo. Mit Bezug hierauf habe ich den Eindruck, als wenn unsere französischen Collegen diesen Begriff nicht in der Schärfe auffassen, wie ihn Hebra dargestellt hat. Ich selbst glaube zwar auch nicht, dass für die Diagnose: Prurigo unerlässlich sei der Beginn im frühesten Kindesalter und eine absolute Unheilbarkeit, aber ich halte auf das strengste fest an dem objectiven, von Hebra geschaffenen Begriff einer mit absolut typischer Localisation einhergehenden Affection von eminent chronischem Verlauf, mit stärkstem Juckreiz, mit (Urticaria artigen) vasomotorisch-transsudativen Vorgängen, welche zu diffuser teigiger Derbheit

und Verdickung der gesammten Haut führen, und mit leicht zu Stande kommender Production oberflächlichster knötchenartiger Efflorescenzen, in denen es meist und sehr bald zur Entwicklung entzündlicher Processe von allerdings geringer Intensität kommt.

Zu diesen primären Erscheinungen gesellen sich leicht hinzu secundäre durch das Kratzen bedingte Veränderungen, deren Intensität theils von der Stärke und Dauer des Kratzens, theils von sonstigen die Entzündung steigernden Zufälligkeiten (Coccen-Invasion etc.) abhängen.

Freilich wird diese strenge Scheidung zwischen den geschilderten primären und secundären Erscheinungen, an der vom Standpunkt der Pathogenese aus sicher festzuhalten ist, im klinischen Bilde fast immer verwischt. Der Juckreiz ist zu mächtig, als dass nicht fast jedesmal auch entsprechend die Effecte des Kratzens zur Beachtung und Entwicklung gelangten.

Halten wir nun dieses Bild fest und bezeichnen wir diese Krankheit mit dem Namen « Prurigo, » so kann meines Erachtens höchstens noch eine einzige Affection diesen Prurigo mit gleicher Bezeichnung angegliedert werden, nämlich der Lichen acutus Vidals, und ich folge gern dem Beispiel Tommasoli's und Brocq's, welche diese Affection lieber mit dem Namen Prurigo acuta simplex temporaria bezeichnet wissen wollen.

Den Namen Prurigo für dieses Hautleiden und seine Verknüpfung mit der Prurigo-Hebra halte ich deshalb für berechtigt, weil auch diese Efflorescenzen die urticariaartige vasomotorische Transsudation, den eminent starken Juckreiz und eine minimale (aber deutlich vorhandene) entzündliche Alteration in den obersten Gefässen aufweisen.

Der pathogenetische Vorgang scheint mir also derselbe wie bei Prurigo Hebra. Getrennt aber von Prurigo Hebra ist diese Affection durch den gänzlich anderen Verlauf und durch die gänzlich andere Localisation; sie ist demgemäss nicht ein Vorstadium oder eine schwächere Form der Hebraschen Prurigo, sondern eine derselben coordinirte Form in einer gemeinschaftlichen Gruppe.

Die französischen Autoren dagegen meinen übereinstimmend, dass dann Prurigo Hebra vorläge, wenn durch Hinzutreten von Lichenification und Ekzematisation ein leichter Fall zu einem schweren und bes. rebellischen sich ausbilde.

Das aber scheint mir, wie schon gesagt, der fundamentale Grund des Missverständnisses zu sein. Es gibt (leichteste) Prurigofälle mit minimalen und stärkeren entzündlichen lichenoïden, ekzematösen, pustulösen Hautveränderungen, und ganz schwere mit unbedeutenden oder kolossalen Excoriationen, mit und ohne Lichenification und Ekzematisation — aber nicht letztere machen die « Prurigo Hebrae, » sondern um Prurigo handelt es sich nur, wenn ein bestimmter Verlauf und die oben geschilderte Affection in typischer Localisation vorliegt.

Ich will freilich zugeben, dass durch die Erweiterung des Begriffs: « Prurigo-Hebra » auch auf Fälle, die im späteren Alter beginnen, eine Brücke für uns besteht zwischen typischer Prurigo Hebra (im engsten Sinne des Schöpfers der Krankheit) und dem Vidal'schen Lichen polymorphe mitis und ferox. Denn wie soll man Fälle mit folgenden Symptomen bezeichnen: « teigig-vasomotorische Derbheit und lederartige Verdickung an den Streckseiten der Extremitäten, Freibleiben der Beugen, blasse, derbe,

schnell aufschiessende Knötchen, starker Juckreiz, häufiges Recidiviren, sehr oft und leicht Entstehen nässender Ekzemflächen, besonders an den Streckseiten? »

Wir nennen sie Prurigo trotz des für Hebra atypischen Beginns im späteren Alter, wegen vollkommener Uebereinstimmung der objectiven Krankheitserscheinungen. Früher hielten wir — und Kaposi wohl noch jetzt — uns mehr an das Ekzembild, sprachen von « Ekzema pruriginosum, » um die Verwandtschaft mit der Prurigo anzudeuten.

Dieselbe wechselnde Combination von pruriginösen und von stärkeren entzündlichen Erscheinungen begegnet uns ebenso in gewissen Formen des Lichen sive Prurigo acuta simplex und erschwert auch da die Classification.

Darier z. B. will den Strophulus infantum mehr zum Lichen sive Prurigo simplex gerechnet wissen. Andere nennen dieselbe Affection « Lichen urticatus sive Urticaria papulosa ». Beide Theile werden in einzelnen Fällen Recht haben, je nach dem Grade der Entzündungserscheinungen, die sich zu den urticariellen hinzugesellen.

Auch bei Erwachsenen schliesst sich an Scabies häufig eine reichliche acute Eruption klein-papulöser Efflorescenzen an, deren Stellung durch die Combination sicher urticarieller und entzündlicher Erscheinungen schwankend ist.

Kurz, ein bequemes Schema für diese ganze Gruppe von Dermatosen gibt es nicht. Zwischen den Typen gibt es unendlich viel Verbindungsglieder und Uebergänge so mannigfacher Art, dass man wirklich in Versuchung kommt, wie Brocq es gethan, die Zusammengehörigkeit und die wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Formen nach Art einer dem Gravitationsgesetz entsprechend aufgebauten Stern-Figur zu versinnbildlichen.

Waren wir in der Lage, den Lichen acut. Vidal ganz direct neben unsere Prurigo, den Lichen polym. mitis und ferox mehr oder weniger dieser Krankheit einzureihen, so fehlt mir dieser Zusammenhang doch ganz und gar für den Vidal'schen Lich. simpl. chron. — Diese Erkrankungsform scheint mir vorderhand am besten bei den ekzematösen Dermatitiden untergebracht zu sein, so lange wenigstens, bis ätiologisch der mycotische Charakter dieser Dermatose erwiesen worden sein wird.

An dieser Stelle finde ich die beste Gelegenheit, die ätiologische Seite der ganzen Frage zu berühren.

Unsere französischen Collegen haben, wie oben ausgeführt, nervöse Vorgänge als primäre ursächliche Momente für die ganze grosse Lichen-Prurigo-Classe hingestellt. Wir haben unsererseits dargelegt, dass wir die Bedeutung dieses Nervosismus als Symptom, als Disposition, als Syndrom etc. nach keiner Richtung hin unterschätzen, dass wir aber den Beweis vermissen, dass der eminente Pruritus oder sonstige nervöse Alterationen als die Ursache des ganzen Krankheitsvorganges aufzufassen sei.

Es blieb aber auch für die Anhänger der « Neurodermie » immer noch übrig, für diesen nervösen Irritations-Zustand eine Ursache zu suchen, und hier war es Tommasoli, dem sich neuerdings Hallopeau und einige Andere anschlossen, welcher speciell den Lichen acutus Vidal als die Folge einer Autointoxication durch im Körper producirte Toxine ansah.

Es soll nicht geleugnet werden, dass in einer ganzen Anzahl von Fällen die Vermuthung, es möchten, z. B. vom Darmcanal aus abnorme

Zersetzungsstoffe resorbirt worden sein, nahe gelegt ist. Aber in sehr vielen Fällen fehlt jeder Anhaltspunkt für einen derartigen Zusammenhang, so dass wir Tommasoli's Anschauung vorderhand nur als eine Hypothese ansehen können, aber auch als eine Anregung zu weiterer Forschung. —

Ich glaube hiermit die Besprechung dieser Lichengruppe schliessen zu sollen. Eine definitive Scheidung oder Classificirung, die für alle in der Praxis sich darbietenden Fälle ausreicht, wird sich doch nicht finden lassen, da wir es mit Efflorescenzen und Hautveränderungen zu thun haben, bei denen nicht nur 2 verschiedenartige primäre Krankheitsvorgänge sich abspielen: urticariell vasomotorische einerseits, entzündlich infiltrirende andrerseits, Vorgänge, die in allen denkbaren Graden der Intensität sich combiniren können, sondern auch secundäre im Anschluss an das Jucken gesetzte mechanische Läsionen mannigfachster Qualität und Quantität sich hinzugesellen. Bei derartig complicirten und combinirten Krankheitsbildern wird man in jedem einzelnen Falle für sich zu entscheiden suchen müssen, welches der einzelnen Momente das hervorstechendste und ausschlaggebende ist und darnach wird man den einzelnen Fall benennen und gruppiren. Ich habe versucht, in der Schlussthese Nr. 14 diesen Erwägungen Ausdruck zu geben.

Diese Erwägungen passen aber nicht nur für die Combination der entzündlich-ekzematösen Affectionen mit den pruriginös-urticariellen sondern auch mit derjenigen Affection, die ich als die letzte noch kurz zu besprechen habe, mit dem sogenannten Eczema folliculorum von Malcolm Morris.

Meines Erachtens gehört diese Affection durchaus nicht in die Ekzemgruppe, denn ekzematöse Erscheinungen scheinen sich immer nur als Combination oder Complication zur eigentlichen Dermatose hinzuzugesellen. Diese aber, bestehend in mehr oder weniger zahlreichen isolirten oder confluirenden Herden von rothen entzündlichen folliculären Knötchen ist sicherlich eine eigene Art der Folliculitis. Ich stütze mich dabei auf Präparate, die ich bei meinem Freunde Jadassohn gesehen habe und die diese Auffassung vollkommen beweisen. Eigenthümlich ist die fast typische Localisation auf der Vorderseite des Thorax und auch eine eigenartige gelbliche Farbe. Ob man deshalb genöthigt ist, in dieser Affection gerade etwas « seborrhoisches » zu sehen, scheint mir zweifelhaft, doch würde ich den Namen Folliculitis aggregata flava für nicht ungeeignet halten.

Schliesslich aber gibt es, und darüber scheint mir nicht der geringste Zweifel zu bestehen, typisch kleinpapulöse Erkrankungsformen, die man direct als papulöse Ekzeme bezeichnen muss, wo in der That die papulösen Efflorescenzen weiter nichts sind, als die ersten Stadien und isolirte Formen einer typischen ekzematösen Erkrankung.

Prof. **Malcolm Morris** (London), relatore:

A necessary preliminary to any profitable discussion must be a clear understanding as to the precise meaning attached by those taking part in it to the terms which they employ. In the present instance the question, What is Lichen? meets us at the threshold and must be answered before we can proceed further. The proper connotation of Lichen has been a good deal debated by dermatologists in recent years, without any definite con-

clusion naving been reached. The discussion at the Congress of Dermatology held in Paris in 1889 revealed the widest diversity of opinion among recognised authorities, nor has the work that has been done since that date. interesting and valuable as much of it undoubtedly is, brought us appreciably nearer to a solution of the problem. Much keen observation and argumentative subtlety have been displayed in classifying the various conditions to which the term « Lichen »—qualified by an infinity of limiting and explanatory adjectives—is, or may be, or should (in the writer's opinion) be applied, and in defining minute shades of difference between one pimply eruption and another, and apportioning to each its exact territory and range of action. These things, however, though interesting and important in their own way, are after all only details, and the question, What is Lichen? which lies at the root of the whole matter, still remains without an answer. Till that question has been settled no real progress is possible; if we can succeed in clearing up this one point the present meeting will not have been fruitless. My own share in the work must be confined to the humble but necessary part of the backwoodsman; I will try to clear the ground, leaving the tillage of it to abler hands.

What then do we mean by Lychen? Do we mean a *disease*, that is to say a definite pathological state characterized by distinctive lesions variable in degree and type as the manifestations of disease in different persons must necessarily vary, but expressions of the same fundamental process? Or do we apply the term to a local condition—a lesion in short— that may be common to several diseases? That is the question to be decided.

In predermatological days Lichen seems to have meant nothing more definite than a disorder of the skin in which slightly itching pimples were the most prominent feature. Willan defined it as « an extensive eruption of papulæ, affecting adults, connected with internal disorder, usually terminating in scurf, recurrent, not contagious ». Since his day the meaning of the term has been extended so as to include the most diverse conditions, which have nothing in common but the fact that at some time or another a papular eruption has been one of the clinical phenomena. As the first Napoleon said of the Italy of his day, that it was not a nation but a geographical expression, so might it have been said of Lichen not many years ago that it was not a disease but an anatomical expression.

Or rather it was a pathological Hinterland, which, while nominally an independent territory, had its autonomy almost obliterated by the « spheres of influence » of other processes such as eczema, syphilis, pityriasis, etc. An unquestionable evidence of progress is afforded by the process of *decortication*, if I may be allowed the expression, whereby the conception of Lichen has in recent years been cleared from the mass of extraneous material with which it had become encrusted. Thus the Lichen circumscriptus and Lichen circinatus of the older writers have been restored to their true nosological place. Among the seborrhoeal eczemas, Lichen urticatus is claimed by urticaria; Lichen pilaris has been identified as pityriasis pilaris. Lichen scrophulosus is a form of miliaris; and syphilitic Lichen is part and parcel of the great irritative disease of which it is a product. Lichen simplex and Lichen agrius are now believed by most dermatologists to be modifications of eczema. By this process of elimination the number of Lichens is reduced

to one—viz., the disease described by Erasmus Wilson as lichen planus, which I believe to be identical with the lichen ruber of Hebra. At the Paris Congress Kaposi[1]) reduced the Lichen group to two diseases: 1. Lichen ruber with two subdivisions, *a*) acuminatus, and *b*) planus: 2. Lichen scrophulosus. Lichen ruber acuminatus he contended to be by Hebra's own admission the same condition which has been named Lichen ruber by the latter, and he showed drawings of it « dating from the time of Hebra » which he said illustrated very well « the small red conical papules, covered with a white top composed of epidermic scales, papules, discrete or arranged in lines or rows, or scattered over wider areas, and giving the skin an appearance like *cutis anserina* and to the touch a sensation like that of a file; patches of redness and wide-spread infiltration set in a frame of similar papules, scaly or deeply furrowed, thick and hard, the furrowed condition of the soles and palms, and the folds on the flexor aspects of the finger joints, the arrangement in groups and circles of the papules on the dorsal surface of the phalanges of the fingers, the degeneration of the nails, the ectropion of the eyelids, the alopecy of the hairy scalp, the atrophy of the hairs and eyebrows » associated with subjective symptoms such as itching, shivering, insomnia etc.[2]). Kaposi further stated that he considered Lichen ruber acuminatus to be identical with the affection described under the name of pityriasis rubra pilaris by Devergie and Besnier. Nothing could more strikingly show the confusion in which the whole subject was involved than that of Kaposi's exposition of the gospel according to Hebra; Hebra's son (Hans von Hebra) should have risen to call his brother-in-law's exegesis in question, contending that the Lichen ruber of Hebra was radically different from pityriasis rubra pilaris by the whole distance separating a grave constitutional condition from a skin affection which left the general health untouched. In this view he was supported by Jamieson[3]), and C. Boeck[4]), and Unna[5]) said that if Lichen ruber acuminatus were to be held as identical with pityriasis rubra pilaris, it could not be maintained that the former condition was the same as the Lichen ruber described by Hebra! Unna, therefore, disowning any connection with the « acuminatus » variety as given over by Kaposi himself to pityriasis rubra pilaris, proposed to add the epithet « neuroticus » to complete Hebra's original designation on the ground that not only the skin but the nervous system is involved in the process (as in leprosy) and it is this which in advanced cases leads to the marasmus and other serious constitutional symptoms which are the distinguishing characteristics of the condition described by Hebra. It was pointed out by Schwimmer[6]) however, that « neuroticus » was a question-begging epithet, inasmuch as the neurotic origin of the disease had yet to be proved. He added, that Hebra himself had modified his views as to the invariably fatal character of his lichen ruber, so that this could not rightly be put forward as an

[1]) Congr. Intern. de Dermatol. et de Syph. tenu à Paris en 1889; Comptes-Rendus, Paris, 1890, p. 16 et suiv.
[2]) Kaposi, loc. cit., p. 18.
[3]) Paris Congress, Comptes-Rendus, p. 23.
[4]) Ibid., p. 28.
[5]) Ibid., p. 29.
[6]) Ibid., p. 31.

absolutely distinctive feature. Schwimmer further expressed his agreement with Kaposi as to the identity of Lichen ruber acuminatus with pityriasis rubra pilaris. Schiff[1]), while continuing to regard the gravity of the constitutional symptoms as an essential part of the conception of Lichen ruber, suggested that cases of the acuminate variety will be found to resolve themselves according as the skin eruption was or was not accompanied by serious constitutional disturbance into Lichen ruber (Hebra) and pityriasis rubra pilaris. Besnier, while accepting the identity of the Lichen ruber acuminatus described by American dermatologists such as Taylor and Robinson, more than hinted a doubt as to the right of Hebra's Lichen ruber, or Kaposi's Lichen ruber acuminatus, to a place in the nosology of skin disease. He took Wilson's Lichen planus as the basis of his classification of the varieties of Lichen which he gave as follows: — *a*) Lichen with predominance of small papules — the type of the acuminate variety; *b*) Lichen with exclusively flat papules — the pure type of the disease described by Wilson; *c*) Lichen with flat and acuminate papules co-existing — mixed form, very common; *d*) Lichen with large « giant » papules, Unna's Lichen obtusus, Kaposi's coral grain or moniliform Lichen; hypertrophic Lichen, etc. This is the list as constituted by Besnier, who further reserved the right of adding to their number when any new variety such as Unna's « neuroticus » had fully established its claim to recognition. De Amicis pleaded for the retention of the division of Lichen into Lichen ruber planus and Lichen ruber acuminatus, with a further group of Lichen corneus; he added that both forms might be present in the same individual. Leloir suggested that in view of the confusion in which the whole subject was involved, the Lichen group should be abolished till fuller knowledge of its nature, morbid anatomy and pathogenesis has been attained. Hallopeau also denounced the grouping of a number of different diseases under the head of Lichen; that name, he argued, should be restricted to the affection described by Wilson as Lichen planus. That constituted a definite morbid entity, but the epithet « planus » applied only to a particular variety of the disease of which there were two forms, acute, and chronic. The chronic form included the varieties described under the names of Lichen planus, obtusus, acuminatus, tuberosus, corneus, coral necklace and sclerous, while the acute comprised a part of the cases published under the name of Lichen ruber acuminatus.

This brief summary of the views expressed at the Paris Congress will suffice to show how far dermatologists were, four years ago, from being unanimous even as to what constitutes Lichen. On the whole, however, there was a practical consensus of opinion among the representatives of the French school, that there is only one *disease* to which the term « Lichen » is justly applicable, and that is the Lichen planus of Wilson, which constitutes a type of which all other forms are varieties. Kaposi and the Vienna school, on the other hand, hold on by the lichen ruber of Hebra as the typical Lichen, but with a fundamental difference of opinion as to the nature of the disease indicated by that name. Lichen planus, Kaposi looks upon as a variety of Lichen ruber, that is to say his Lichen ruber acuminatus, « the acuminate being transformed into the flat form

[1]) Paris Congress, Comptes-Rendus, p. 38.

during the evolution of the infiltration and the scales under the influence of arsenic »[1]).

Since the date of the Paris Congress comparatively little has appeared on the subject of Lichen, and what has been published relates chiefly to the point in controversy between Kaposi and his critics, viz., the identity or non-identity of Lichen ruber acuminatus and pityriasis rubra pilaris.

Hans von Hebra[2]) classifies the forms of Lichen as follows: 1) Lichen ruber acuminatus (neuroticus, constitutionalis), first described by Hebra, running an acute course and spreading quickly over the whole body, and dangerous to life; 2) Lichen ruber miliaris (planus, universalis, obtusus) called by Unna « universal Lichen miliaris ». The lesions are flat or blunt papules of the size of a pin's head, some of which spread at the edge and form shapes like pearl strings with a depressed and pigmented area in the centre. The affection may spread rapidly, but is not attended with immediate danger. Two cases of « Lichen planus miliaris » running an acute course have been recorded by Dubreuilh and Sabrazes[3]). These two forms comprise the affections described by the elder Hebra as « Lichen ruber ». 3) Lichen ruber planus localis (verrucosus, cornutus), the Lichen planus of Wilson, very chronic, seldom effecting large areas; the patches are generally not larger than the palm of the hand and gradually become covered with a warty, horny firmly adherent layer of epidermis. That Lichen ruber acuminatus and Lichen planus are intimately related is shown by that they may coexist or alternate with each other. Neumann[4]) contends that while lichen planus and lichen ruber acuminatus are closely allied, pityriasis rubra is an independent disease altogether distinct from the latter. The results of microscopic examination show that while in Lichen whether of the « planus » or « acuminate » variety, the seat of disease is mainly the corium, in pityriasis rubra pilaris the changes are almost entirely confined to the epidermis. At the Third Congress of the German Dermatological Society held at Leipsig in 1891, Galewsky maintained: 1° that pityriasis rubra pilaris (Devergie-Besnier) is identical with the affection described under the name of Lichen ruber by the American writers, Taylor and Robinson, and with a large number of cases described as mild forms of Lichen ruber acuminatus (Kaposi); 2° that pityriasis rubra pilaris is an exfoliative hyperkeratosis, quite distinct from the Lichen planus of Wilson; and 3° that Lichen ruber acuminatus (Hebra-Kaposi) must still be regarded as a disease *sui generis*.

In the discussion which followed Neisser expressed the opinion that pityriasis rubra pilaris (which he prefers to call Keratosis rubra pilaris) is not the same as Lichen ruber acuminatus, the former being a comparatively trivial, the latter a very grave affection. Kaposi reiterated his belief that the conditions are in spite of minor differences, substantially identical, but he admitted that he had not made up his mind whether the process is a Keratosis or a Lichen. Neumann took this as indicating that the difference between pure Keratosis and Lichen was the absence of inflammation in the former and its presence

[1]) Paris Congress, Comptes-Rendus, p. 21.
[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatol., 1890, Bd. X., Nr. 13.
[3]) Ann. de la Polyclin. de Bordeaux, 1892, p. 65.
[4]) Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatol. und Syph. 1892.

in the latter process. The whole subject has recently been exhaustively reviewed by E. von Düring of Constantinople[1]). He protests against the confusion which has been introduced into the subject by Kaposi's identification of Lichen ruber acuminatus with pityriasis pilaris, pointing out that if this contention be admitted it follows that Hebra's lichen ruber — said by Kaposi to be the same as his Lichen ruber acuminatus — is identical with pityriasis rubra pilaris. Further, inasmuch as Hebra and Wilson agreed that their respective « ruber » and « planus » varieties of Lichen were substantially the same disease, it follows, on the geometrical principle, that two things which are equal to a third are equal to each other, that pityriasis rubra pilaris is also identical with Lichen planus — which is absurd, as Euclid says.

Düring defines Lichen as a dermatosis which when fully developed is characterised by isolated or agglomerated papules, situated on the cutis, the process only secondarily involving the epidermis. The papules itch more or less, and when the affection has lasted a long time the skin becomes thickened and pigmented, and its natural folds are more or less exaggerated. The word « ruber » should be omitted from the name of the disease as the epithet is inapplicable in many cases. « Planus » and « obtusus » are adjectives describing certain appearances in local or universal Lichen. Düring proposes the following scheme of classification:

Lichen.

A. — LICHEN LOCALIS (almost always chronic).

a) *Lichen planus.*

1. Lichen planus simplex (Wilson).
2. » » annularis (Unna).
3. » » corneus, verrucosus, hypertrophicus (Vidal).
4. » » scleroticus atrophicus (Hallopeau).

b) *Lichen obtusus* (Unna).

c) Lichen miliaris.

B. — LICHEN UNIVERSALIS.

a) *Lichen planus.*

1. Lichen planus simplex (Wilson).
2. » » annularis.

b) Lichen multiformis.

c) Lichen obtusus.

d) Lichen moniliformis.

C. — LICHEN NEUROTICUS.

Brocq and Jacquet[2]) say that a basis for the constitution of the Lichen group is to be found in the presence of an initial lesion of papular

[1]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XVI., June 1st, 1893, etc.

[2]) "Notes pour servir à l'histoire des névrodermites (Lichen simplex chronique de M. le docteur Vidal)." Annales de Dermatologie et de Syphilographie, 1891, pp. 97 and 193. See also Jacquet, Semaine médicale, december 30th, 1892.

character. According to them the Lichen simplex of Vidal which, as already said, is now generally regarded as an eczema, constitutes a distinct type of skin affection to which they apply the name of *Névrodermites*. They define this as a class of affections in which the primary symptom is exclusively nervous. First there appear spots of hyperæsthesia; and on these the inflammatory lesions develop in response to irritation and scratching. The disease is therefore essentially pruriginous, the eruption, that is the papules, the circumscribed patches and the pigmentation are the results of scratching. Vidal[1]) himself also pleaded for the readmission of chronic Lichen simplex to the Lichen group by the side of Lichen planus and the other forms. Then he is willing that the old group should be absorbed into the class of *Névrodermites*. At the International Congress of Dermatology held at Vienna in 1892, Brocq[2]) presented his full scheme of classification of pruriginous diseases which he arranges in three groups: 1. Neurodermiæ, comprising pruritus and all conditions in which there is itching without visible lesion (that is, without reaction to scratching); 2. Neurodermitis pura with primary « lichenification ». This class is subdivided into *a*) Neurodermitis diffusa — Lichenificatio abortiva diffusa primaria; and *b*) Neurodermitis circumscripta chronica — Lichenificatio primaria pura circumscripta chronica (Lichen simplex chronicus of Vidal); 3. Neurodermitis eczematosa lichenificata; 4. Neurodermitis chronica polymorpha (type prurigo of Hebra); 5. Neurosis cutanea urticaria (type Lichen simplex acutus of Vidal); 6. Neurosis cutanea urticaria pura; 7. Neurosis cutanea (type Dermatitis herpetiformis); 8. Lichen Ruber. The element common to the numerous diseases included under these heads is the existence of a peculiar neurotic condition of the skin. *Lichenification* is, as I understand it, the response of the neurotic and irritable skin to mechanical irritation (as by scratching) in the form of papules.

From this survey of the literature of Lichen which has appeared since the Paris Congress, it appears that we are as far as ever from an understanding as to the precise connotation of the term Lichen. Where dermatologists of such eminence as many of those who have been named differ so widely, I cannot hope to reduce the discord to harmony. *Non nostram tantas componere lites.* My own wiew is still, as I expressed it at the Paris Congress[3]), that much of the discussion on the subject has turned on mere names. It seems to me that a pimply eruption is just as inadequate a basis for a classification as scaliness or extravasation of blood; in other words Lichen has no more right to be erected into a group than pityriasis or purpura. After sorting out of the Lichen group those elements that belong to definite diseases such as eczema, syphilis, etc., the only affection left is lichen planus. Having had an opportunity of studying some of Wilson's cases and those of Hebra under that great dermatologist's own guidance, I was able to satisfy myself that they are substantially one and the same disease. Lichen ruber acuminatus on the other hand seems to me to be identical with

[1]) Notes pour servir à l'histoire des névrodermites (Lichen simplex chronique du docteur Vidal). Annales de Dermatologie et de Syphilographie, 1891, pp. 97 and 193. See also Jacquet, Semaine médicale, December 30th, 1892.

[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatol., December 1st, 1892. See also Brocq's " Traitement des maladies de la Peau „. Second Edition.

[3]) Comptes-Rendus, p. 32.

pityriasis rubra pilaris, and if I had felt any doubt on the subject before, the unhésitating way in which a case of Lichen ruber acuminatus shown by Schwimmer at Buda Pesth after the Vienna Congress last year, at once identified as pityriasis rubra pilaris by the French dermatologists present would have removed it.

The Lichen group is thus reduced to a single disease. Lichen planus as described by Wilson may be taken as the typical form of which various modifications occur according to the extent and severity of the process, the implication or otherwise of the general health, the predominance of one or other of the natural characters of the eruption, and accidental alterations in the appearance of the lesions; I entirely concur with Brocq in the view that in classifying diseases, regard should be had not only to the external appearances, but to their pathogenesis and mode of evolution. The tendency of modern pathology is to name diseases in accordance with the processes which are believed to underlie their manifestation, and, when these are known, the causes which set the processes in motion. In dermatology, as in other departments of medicine, the beginnig of wisdom is to recognize the limitations of our knowledge. If we look the question propounded for discussion straight in the face, the reason of all the difficulty surrounding it becomes plainly visible. The plain truth is, that at present we are too ignorant of the pathological conditions which express themselves on the skin in the form of lesions, to which we give the name of Lichen, to be in a position to enumerate, much less to classify them. It would be better, therefore, to eliminate the word « Lichen » from our terminology as being often misleading, and at best meaningless.

So long, however, as papular eruptions, manifestations of definite diseases (syphilis, eczema, etc.), are excluded from our conception of Lichen, and that term is employed in a well-defined sense as a convenient symbol for certain clinical phenomena, there can be no objection to its use. It should be understood as indicating an eruption, of which the elementary unit is a papule which does not spread at the edge, and does not develop into a vesicle or a pustule.

It appears to me probable that the process which results in the production of the lesions, which we designate by the term Lichen planus, is initiated by a variety of factors. So far as I am aware, a microbic origin has not been suggested, but at the present day it would be rash to deny the possibility of such a pathogenesis. The serious disorder of the general health as a compared with the absence of such a complication in others, seems to indicate a fundamental difference either in origin or in evolution of lesions apparently similar. That Lichen is sometimes of nervous origin, I am firmly convinced; I have seen some striking instances in which the disease has immediately followed a severe mental shock, and others in which it was associated with very marked neurotic symptoms. The association of neurotic conditions with Lichen has been strongly insisted on by Unna, and confirmatory evidence has been supplied by Dubois-Havenith, Köbner, and others. I am not prepared, however, to follow Brocq in his sweeping proposal that Lichen should be swallowed up in « neurodermitis ».

In conclusion, I venture to plead for fuller clinical and pathological investigation before further theories are formed, or schemes of classification

elaborated. It is not classification that is wanted at present, so much as facts. Let cases be observed carefully with the singleminded endeavour to *see things as they are*, and not as they should be, to fit in with or contradict some theory. Above all, let them be studied all round, that is to say, not only in their manifestation on the skin, but in all their relations. At present our business, it seems to me, is to *learn* what Lichen is by the comparative study of actual cases, not to *reason* about it on the basis of verbal descriptions.

I may sum up the gist of these remarks in the following propositions:

1. Lichen is not a disease, but a type of lesions.

2. The term should be reserved for the clinical entity described by Erasmus Wilson under the name of Lichen planus, which is the same as Hebra's Lichen ruber.

3. The affection described by Kaposi under the name of Lichen ruber acuminatus, is identical with that described by Devergie and Besnier as pityriasis rubra pilaris.

4. Other forms of Lichen (obtusus, hypertrophicus, verrucosus, etc.), are variants of the typical form, the Hebra-Wilson Lichen ruber planus.

5. The group of symptoms to which the name of Lichen planus is applied is probably caused by a variety of factors, but at present we are almost entirely in the dark as to its pathogenesis.

Prof. D. **Majocchi** (Bologna), relatore:

All'intricata questione dei licheni io non aggiungerò fatti nuovi, dopo quelli trovati e studiati in questi ultimi anni da dermatologi eminenti, per illustrare la natura di questo oscuro, e non ancora ben definito gruppo di dermatosi.

Avendo io l'onore di parlare davanti a coloro che si occuparono assai largamente di questo argomento, sia con lavori originali, sia con dotte discussioni in pubblici Congressi, mi permetto di esporre modestamente poche considerazioni, desunte da casi clinici che caddero sotto la mia osservazione in questi ultimi anni del mio insegnamento.

E dico in questi ultimi anni, imperocchè non voglio nascondere come nell'esordire della mia carriera d'insegnante incontrassi non poche difficoltà nella diagnosi di queste dermatosi. Al mio occhio ancor giovane di esperienza obbiettiva apparve allora troppo numerosa la famiglia dei licheni, tanto che mi riusciva difficile in mezzo a molti individui distinguere, quello che oggi per comune consenso chiamiamo *Lichen*.

Il soverchio attaccamento al carattere morfologico, criterio validissimo in dermatologia, ma da solo insufficiente per la diagnosi e classificazione di una dermatosi, conduceva, pochi anni or sono, anche me a vedere identità di eruzione, quando appena esisteva una lontana somiglianza.

Ma col sussidio delle ricerche istologiche, atte ad illustrare il processo morboso, e soprattutto col metodo comparativo, mercè il quale ci è dato vedere più addentro le differenze fra le dermatosi affini, scomparve davanti ai miei occhi la numerosa famiglia dei licheni, e rimase una individualità morbosa distinta.

E questa individualità distinta è il *lichen ruber* di Hebra, di cui dopo la splendida definizione di E. Wilson, e dopo le osservazioni aggiunte al quadro clinico dal Kaposi, accetto pienamente la divisione in l. r. *planus* e l. r. *acuminatus*.

L'autonomia di questa dermatosi ha dapprima il suo stabile fondamento nei caratteri clinici, dei quali come più importante è da ritenersi la forma elementare *papula* con cui essa erompe e decorre, papula persistente non trasformabile e tendente all'ipercheratosi, specie negli stadii avanzati della medesima.

Da questa triplice nota, di cui è fornita la papula del *lichen ruber*, balza fuori, mi si conceda l'espressione, la personalità clinica di questa dermatosi. E invero gli altri sintomi compiono la cornice al quadro del lichen. E di grandissimo valore dobbiamo tenere il corso cronico, e spesso la gravezza di sintomi generali e la difficoltà della sua guarigione, quantunque su questo punto siensi oggi modificate le idee prime di Hebra. Da ultimo la speciale topografia attira l'attenzione del dermatologo, poichè il processo morboso oltre la pelle, invade anche le unghie, asportandovi una notevole ipertrofia, e così anche le mucose esterne con manifestazioni papulose dello stesso stampo di quelle cutanee.

Esiste adunque per me il lichen ruber, tipo Hebra-Wilson-Kaposi, diviso in l. r. *planus* e l. r. *acuminatus*, di cui possono ancora accettarsi alcune modalità desunte:

a) dalla figurazione (lichen ruber coralliformis o moniliformis di Kaposi);

b) dallo stato keratosico della papula (lichen corneus o verrucosus);

c) dal suo modo di terminare (lichen atrophicus e sclerosus).

Ma le due principali forme di l. *planus* e *acuminatus* non sono altro che due modi di essere dello stesso l. *ruber*: 1° perchè si vede talvolta la metamorfosi dell'una nell'altra; 2° perchè tal altra si trovano ambedue le forme coesistenti.

Il lichen ruber, tipo Unna (lichen r. neuroticus) sebbene con qualche modalità rientri nello stesso tipo Hebra-Kaposi, nullameno ha bisogno di ulteriore dimostrazione per essere affermato nei suoi rapporti genetici con lesioni neurotrofiche.

Che il lichen ruber sia una trofoneurosi e più precisamente una neurodermite, oltre Unna, l'hanno asserito De Amicis, Köbner ed altri.

Nè io ho in animo di entrare in un esame critico sopra questo punto dell'argomento, dappoichè non ho avuto campo di fare osservazioni, nè ricerche apposite. Tuttavolta accettare la teoria nervosa come un postulato per ispiegare la oscura origine di questa dermatosi, confesso che a me non arride punto. A mio avviso non basta il vedere la disposizione simmetrica della dermatosi, l'asseriamento della medesima lungo il tragitto di nervi, le atrofie a chiazze più o meno estese della cute; non basta conoscere nel caso pratico la precedenza d'iperestesie notevoli, di fatti emozionali e di lesioni cerebro-spinali per stabilire il rapporto genetico fra il lichen ruber e il sistema nervoso. Rimane sempre a dimostrarsi, come bene a proposito osserva il De Amicis, se le lesioni del sistema nervoso siano primitive o secondarie al processo del lichen. Il che è còmpito da affidarsi a più mature ricerche, alle quali potrà condurre con risultato chi tenga a guida la denominazione creata dal distinto dermatologo di Amburgo.

Viene da ultimo il *lichen planus* (Wilson), tipo inglese-americano; e questo, sebbene sia differentemente descritto, e diversamente apprezzato, pure di esso havvi forma, che per i suoi caratteri morfologici, pel decorso cronico, e per gli esiti, rientra indubitabilmente nel lichen ruber della scuola tedesca.

I lavori di Robinson, di M. Malcolm Morris, fanno piena fede sulla identità dei due tipi di lichen inglese-americano, e tedesco.

La divergenza fra queste due scuole sta nella descrizione di alcune forme di lichen planus assai benigne e dotate di caratteri morfologici molto diversi dal lichen ruber. E di questo tipo multiforme di lichen planus, quale pure ha descritto il Tailor, oscillante fra un eczema papuloso e un'eruzione orticante e pruriginosa, io trovo difficile dare un giudizio e discutere della natura e della classificazione sistematica del medesimo. Onde, aspettando il giudizio di altri colleghi, io mi associo per ora all'opinione di coloro che vorrebbero cancellato il lichen planus semplice degli americani dal gruppo dei licheni.

Ma l'esistenza del lichen ruber (Hebra-Kaposi) rimane non solo assicurata per criterii clinici, ma trova ancora la sua ragione nei risultati anatomo-patologici che ci rivelano la natura del processo morboso. Anche qui però regnano non poche discrepanze fra le diverse scuole: dappoichè chi considera il lichen ruber come una dermite terminante con ipercheratosi, chi invece considera questa come primitiva, e come fatto reattivo il processo di dermite; altri finalmente (Lassar) sospetta la malattia di natura parassitaria.

Io mi limiterò a dire soltanto quel poco che risulta dalle mie ricerche istologiche eseguite sulla pelle di tre infermi affetti da lichen ruber nelle due sue forme di *planus* ed *acuminatus*.

In complesso le alterazioni istologiche da me trovate in questi tre casi, mi hanno pienamente convinto che la natura del processo morboso del lichen è riposta primitivamente in una dermite caratterizzata da una infiltrazione parvicellulare perivasale, limitata d'ordinario alla *pars papillaris cutis*. Per tal modo le papille si mostrano leggermente ipertrofiche specie in sul principio della malattia, e invase da cellule linfoidi talvolta uniformemente, tal altra in forma di piccoli focolai che divaricano i fascetti connettivali, soprattutto alla superficie delle papille. Questi fatti d'essudazione morfologica si localizzano ancora attorno ai follicoli pilo-sebacei, e non raramente ancora attorno alle glandole tubulari, e precisamente in corrispondenza del punto d'unione del condotto ghiandolare col zaffo malpighiano. Ma tali localizzazioni non sono necessarie, e in tanto ivi si verificano in quanto i follicoli piliferi e gli organi ghiandolari sono territorii vasali, e perciò atti a ricevere stimoli e a richiamare processi infiammatorii. Siffatte lesioni flogistiche del corion sono assai evidenti nel periodo di sviluppo della dermatosi come ancora nel periodo di stato, detto anche di confluenza delle papule.

Ma ben presto si verifica una neoproduzione negli strati dell'epidermide, che, nell'inizio della dermatosi, appare maggiore nel corpo malpighiano, e minore nello strato corneo. L'aumento del primo, come si rileva da alcuni zaffi ingranditi, devesi ad una proliferazione più attiva degli elementi malpighiani, manifestissima non solo nello strato basale, ma ancora

in alcune cellule dello strato interpapillare. Scarsa invece notasi la invasione di cellule migratorie entro gli spazii interciliari.

Di mano in mano che il processo si avanza, troviamo che s'ispessisce anche lo strato granuloso, e si fa ricco di cheratoialina; ma soprattutto nello stadio tardivo lo strato corneo assume notevoli proporzioni per modo che ora prevale l'ipercheratosi, siccome ho potuto seguire a lungo in uno dei casi da me studiati.

In questo momento l'infiltrazione parvicellulare del derma, o diminuisce, o si mantiene press'a poco d'ugual grado come nel periodo di stato della dermatosi; e si deve forse a queste cambiate parvenze fra epidermide e derma, se taluno ritenne la dermite come fatto consecutivo all'ipercheratosi.

E questa ipercheratosi la vidi localizzata raramente in corrispondenza dello sbocco follicolare, ma d'ordinario fuori del medesimo, di guisa che il lichen ruber non può dirsi necessariamente una malattia propria dei follicoli e perciò una follicolite con ipercheratosi. Chè anzi in un caso le sezioni microscopiche della pelle mostravano più notevole la produzione cheratosica, in corrispondenza del poro sudorifero, sul quale sporgeva una massa compatta cornea, cui dovevansi le papule acuminate della dermatosi. E quando anche sembrava che la produzione cornea della papula avesse la sua sede nel follicolo, un'osservazione attenta faceva riconoscere che la medesima partiva dal poro sudorifero terminante in vicinanza dello sbocco follicolare, e che il primo (per la crescente massa cornea) si era fuso col secondo. E qui era attirata l'attenzione dalla presenza di parecchie cellule in cariocinesi negli strati più profondi del corpo malpighiano, dalle quali si desumeva che l'aumentata attività formativa dell'epidermide si conservava anche a stadio avanzato della malattia.

In conclusione il lichen comincia con una dermite essudativa coriopapillare, e si continua colle stesse modalità per lungo tempo, finchè nello stadio tardivo l'infiltrazione parvicellulare tende alquanto a ridursi, cosicchè in alcuni punti si verifica atrofia papillare. Inverse sono le lesioni della epidermide cornea, poichè mentre queste si vanno gradatamente svolgendo nei primi periodi, da ultimo si fanno prevalenti, per modo che l'ipercheratosi a stadio avanzato del male è bene spesso il fatto più culminante. E questo processo di evoluzione della papula, che ha il suo principio in una dermite, e il suo acme in una ipercheratosi, è tutto proprio del lichen ruber: infatti non subisce metamorfosi in altra forma elementare, come vescicola o pustola, a meno che non sopraggiunga ad esso una sepsi accidentale, provocata talvolta dall'infermo stesso mercè il grattamento.

Dunque il lichen ruber non è un'ipercheratosi primitiva con dermite reattiva come taluni ritengono, bensì la prima è sempre successiva alla seconda.

Che questo processo di dermite corio-papillare sia di natura parassitaria, lo affermò per primo il Lassar; ma le ricerche di altri dermatologi (Köbner, Boock, Geber, Weil, Preisz, De Amicis, Minuti) non confermarono il risultato batteriologico del Lassar. E uguale risultato negativo ebbe lo esame microscopico e batteriologico fatto da me sulle papule: dappoichè tranne la presenza di microrganismi sferici e bacillari negl'ispessiti strati dell'epidermide cornea, non ne verificai la presenza nel derma. E avendo cura di distaccare col raschiamento il rivestimento corneo delle papule, e

previa disinfezione della superficie raschiata, non ottenni mai la coltura di microrganismi; onde questi erano da considerarsi come accidentali ed estranei allo sviluppo del lichen. D'altra parte non credo che si debba insistere in questo genere d'indagini inquantochè nemmeno i fatti clinici lasciano pensare alla natura parassitaria del male, mancando in questo l'elemento ereditario e qualunque sospetto di contagiosità.

Per le stesse ragioni, procedendo per via d'ipotesi, si sarebbe potuto invocare la natura tossica del lichen in base a disturbi dispeptici precedenti lo sviluppo della dermatosi come fu notato in qualche infermo.

Per tal modo anche la teoria neuropatica avrebbe ricevuto un qualche appoggio da un possibile intossicamento dei centri neurotrofici per ispiegare lo sviluppo di questa dermatosi. Ma per ora è inutile vagare in mezzo alle ipotesi per ricercare con queste la genesi del lichen di cui nelle condizioni presenti non possiamo affermare più di quello che si riferisce ai fatti infiammatorii sopradescritti.

Malgrado queste discrepanze sulla etiogenesi del male, l'autonomia del lichen ruber, nelle sue due forme di *planus* e *acuminatus*, rimane oggi bene assicurata, specie dopo che alcune forme affini vennero o identificate o separate da questa dermatosi.

Così la dermite circoscritta erpetiforme del Neumann per dichiarazione del medesimo è unificata col lichen *planus*. Havvi però un'altra dermatosi che per certe affinità di caratteri morfologici fu identificata dall'illustre professore Kaposi col lichen ruber. E questa è la *pityriasis rubra pilaris*.

Ma qui è d'uopo riflettere che per stabilire l'identità nelle cose naturali, non basta la sola analogia, che è quanto dire somiglianza di caratteri esterni, ma si richiede che vi sia omologia, che è quanto dire stretta parentela di processo, e soprattutto identità d'origine. Vediamo ora se tutto ciò esiste nella *pityriasis rubra pilaris*.

Nel fermarmi brevemente sopra questa tipica dermatosi, osservo dapprima come la denominazione di essa sia poco felice perchè morfologicamente appartenente al genere papula: onde dovrebbe essere sottratta dalle forme squamose, come indicherebbe la denominazione di *pityriasis*. Tuttavolta, pur rispettando l'uso di tal nome, la ritengo assolutamente distinta dal lichen ruber.

Basterebbe soltanto fermarsi sull'elemento morfologico della *pityriasis rubra pilaris*, costituito da papulette puntiformi, squamose, equidistanti (follicolari) che non raggiungono mai il volume di quelle del lichen, papulette non tendenti alla notevole ipercheratosi, quale notasi in quelle del lichen r., ma tendenti invece con prevalenza alla cheratolisi piuttosto estesa, il fondo intensamente iperemico della dermatosi a cui forse devesi l'accelerata produzione epidermica e la corrispondente cheratolisi stessa, e così anche la sottigliezza e levigatezza della pelle, a differenza del lichen ruber.

Oltre a ciò la mancanza d'ipertrofia delle unghie, la minore gravezza e la breve durata del male sono fatti clinici sufficienti per farci distinguere la *pityriasis rubra pilaris* dal lichen ruber.

Anche nel senso anatomo-patologico troverei qualche importante differenza non solo di grado o di sede, ma anche di modo, fra queste due dermatosi. Certo che il contributo che posso offrire io, su questo punto, è

troppo modesto: dappoichè dei tre casi da me osservati, in uno solo mi fu dato di asportare un frammento di pelle un po' superficiale per farne l'esame istologico. Orbene, dallo studio comparativo delle sezioni microscopiche ho potuto rilevare che nella *pityriasis rubra pilaris* il processo infiammatorio essudativo è più spiccato che nel lichen ruber ed ha caratteri di maggiore acutezza: infatti, oltre la dilatazione maggiore delle anse papillari e della rete subpapillare, havvi un'infiltrazione parvicellulare abbastanza ricca e costante attorno ai follicoli, la quale per di più non risparmia, nè le papille, nè gli strati medii del derma, come si verifica nella regione delle palme ove mancano follicoli. Del pari più abbondante notasi la emigrazione di cellule linfoidi entro l'epidermide. In questa però non si scorge prevalente ispessimento dello strato granuloso nè del corneo: onde non vi è tendenza all'ipercheratosi, anche se la *pityriasis rubra pilaris* si prolunghi nel suo corso. Havvi dunque sola analogia fra queste due dermatosi: 1° perchè ambedue papulose; 2° perchè in ambedue il processo incomincia come dermite, e come dermite decorre.

Ma se per questo doppio ordine di fatti rimane provata la somiglianza fra le medesime, ne scompare subito la identità, quando i fatti suddetti si considerino un po' addentro; poichè allora, ciò che si riferisce alla papula del lichen ruber, si presenta tanto diverso, sia per modo di erompere, di aggrupparsi, sia per sede, per volume, per consistenza e per stabilità, da quanto si vede nella *pityriasis rubra pilaris*, che una confusione fra le due dermatosi oggi non sarebbe possibile: e medesimamente per ciò che riguarda la dermite, questa mentre nel lichen ruber si accompagna a ipercheratosi, nella *pityriasis rubra pilaris* mostra tendenza alla keratolisi.

Da tutto ciò mi pare che restino assodati due fatti:

1° Che la *pityriasis rubra pilaris* è veramente una dermatosi papulosa, onde la sua denominazione non è esatta, ma soltanto convenzionale;

2° Che la *pityriasis rubra pilaris* è dermatosi autonoma, assolutamente distinta dal lichen ruber « Hebra-Wilson-Kaposi, » e la sua autonomia si fonda su caratteri clinici e su fatti anatomo-patologici.

Dopo ciò che cosa dovremo pensare di quelle altre dermatosi designate come licheni?

Se noi ci fermassimo, come ho detto in principio, alle sole parvenze morfologiche ontologicamente considerate, il lichen ci si presenterebbe come una numerosa famiglia di dermatosi quale apparve a me nell'esordire della mia carriera d'insegnante. Ma veramente è giusta questa designazione in base al solo elemento morfologico?

A mio avviso, prendendo come punto di partenza la triplice caratteristica della papula del lichen ruber, nonchè le alterazioni anatomo-patologiche del medesimo, troverei più giusto mettere da parte tutte queste dermatosi in un'appendice, e dare ad esse l'epiteto di lichenoidi. In questo modo di vedere si trovano d'accordo parecchi dermatologi; onde le diverse denominazioni di lichen *pilaris*, lichen *orticatus*, lichen *lividus*, lichen *strophulus*, lichen *scrophulosorum*, lichen *syphiliticus*, rispondono tutte a dermatosi diverse rivestenti, ma non con eguale costanza e stabilità, il carattere papuloso, che è quanto dire lichenoide; e in questa stessa appendice rientrano ancora sia l'eczema papulosa, sia talune forme di dermiti tossiche ed autotossiche, che colla papula si manifestano. Devesi però escludere dal

novero di queste eruzioni lichenoidi, il lichen *agrius*, denominazione proposta per designare la prurigo Hebrae, perchè questa classica dermatosi papulosa è così distinta dalle altre congeneri che merita un posto speciale nella classificazione sistematica.

Questa mia proposta però da alcuni non potrebbe essere accettata che parzialmente, dappoichè per ragioni storiche, e dirò anche convenzionali, il lichen *scrophulosorum* viene posto e descritto accanto al lichen ruber. Ma senza che io mi dilunghi nel far rilevare le troppo note differenze, e principalmente l'impronta speciale del soggetto, la papula mancante di quella stabilità e del carattere cheratosico, il lichen ruber *scrophulosorum*, non ha nulla a che fare col lichen propriamente detto, e meglio sarebbe denominato, trattandosi di eruzione costituzionale, *scrofuloderma lichenoide*. Chè se per ragioni storiche noi accettiamo il lichen *scrophulosorum*, perchè non vorremo accettare anche il lichen *syphiliticus?*

È pur vero che questa manifestazione cutanea della sifilide è variamente descritta dai sifilografi, ma a torto taluno denomina lichen *syphiliticus* qualunque sifiloderma papuloso. E dico a torto, perchè è qui il caso che l'analogia di caratteri morfologici col lichen propriamente detto dovrebbe servire di guida per stabilire con esattezza quale fra le manifestazioni papulose sifilitiche abbia a ricevere questa denominazione.

Non potendo fermarmi di proposito sopra questo argomento, accennerò di volo come « lichen sifilitico » devesi dire soltanto quella forma papulosa, caratterizzata da papule piccole cornee, piane o ombelicate (follicolari), aggruppate in chiazze, o in racemi, assai persistenti e di solito simmetricamente disposte.

È manifestazione rara, e piuttosto tardiva del periodo secondario.

Con questi caratteri osservai un caso l'anno decorso che scomparve completamente dopo tre mesi di cura specifica, lasciando macchiette pigmentarie, e in alcuni punti leggere atrofie.

Di questa tipica eruzione sifilitica volli studiare le alterazioni anatomiche ed asportato un pezzo di pelle, rinvenni coll'esame microscopico focolai piuttosto estesi d'infiltrazione parvicellulare insieme con parecchie cellule giganti, aventi sede costante follicolare e partenti dalle parti più profonde del follicolo e perifollicolo. Tutto questo già era sufficiente a spiegarci la lunga durata della papula, e le atrofie residuali dopo la scomparsa della medesima. L'epidermide cornea mostravasi manifestamente ispessita, mentre i zaffi malpighiani erano ancora diminuiti di volume. In alcune sezioni delle papule sopradescritte notavasi qualche fatto di essudazione acuta corio-papillare, e nell'epidermide apparivano i primi indizii della *trasformazione cavitaria* come nello stadio *prevescicolare*.

Ma in questo caso per quanto tipico, sia per la sede anatomica ed estensione maggiore del processo, sia per la tendenza alla trasformazione delle papule, sia per la breve durata dell'eruzione papulosa, chi non vede quanto grandi sieno le differenze del lichen *syphiliticus* col lichen ruber? Onde in base a quanto ho detto più sopra, tale eruzione sifilitica meriterebbe il nome di sifiloderma lichenoide.

Chè se, dopo avere riconosciuto le essenziali differenze fra queste due forme papulose e il lichen ruber, voi accetterete il lichen *scrophulosorum*, dovrete logicamente accettare anche il lichen *syphiliticus*, e considerare

sì il primo che il secondo, come due unità, appartenenti alla stessa serie morfologica, e conseguentemente anche le altre eruzioni lichenoidi sopramentovate.

Ed ecco che questo modo di procedere ci condurrebbe un'altra volta a vagare nell'oscura selva selvaggia dei licheni, ove, come fioco lume, ci rimarrebbe a guida il solo elemento morfologico, la papula.

Ma la papulazione, o come si vorrebbe dire oggi, la lichenizzazione, è un fenomeno comune a tanti processi morbosi cutanei, cosicchè, partendo dal lichen ruber di Hebra-Wilson-Kaposi, e arrivando alla *prurigo Hebrae* (dermatosi essenzialmente distinta), si ha una serie numerosa e graduata di eruzioni papulose e papuloidi, che per la diagnosi mettono nell'imbarazzo il più consumato dermatologo. Però studiando questa pleiade di forme cutanee nella sua evoluzione e involuzione, allora saltano fuori subito le differenze cliniche ed anatomo-patologiche, e ci si domanda: perchè queste molteplici eruzioni furono denominate *lichèni?*

La risposta potrebbe essere diversa anche oggi: tutti però siamo più o meno convinti che su tale questione sia necessario un lavoro di epurazione, quale spero che esca da questa fortunata e da noi tanto desiderata riunione scientifica, in cui vedo brillare le più distinte autorità dermatologiche straniere.

E per siffatto lavoro è d'uopo venire ad un componimento perchè non si corra più in cerca di una capricciosa nomenclatura, e si ponga così un freno a questa troppo libera forma di governo in dermatologia.

Egregi colleghi, dopo queste brevi considerazioni io ho l'onore di sottoporre al vostro sapiente giudizio e alla vostra dotta discussione le seguenti conclusioni:

1. Il lichen ruber nella duplice forma di l. r. *planus* e l. r. *acuminatus* colle sue varietà (l. *moniliformis*, l. *corneus*, l. *atrophicus*) è una dermatosi papulosa che deve restare come tipo ed occupare un posto distinto nella classificazione morfologica.

2. La *pityriasis rubra pilaris*, benchè dermatosi anch'essa papulosa, è essenzialmente diversa dal lichen ruber, come la *prurigo Hebrae.*

3. Ammesso come tipo il lichen ruber, tutte le altre dermatosi papulose sopramentovate non sono che ectipi, lontane, cioè, dal tipo, sia per caratteri clinici, sia per alterazioni anatomo-patologiche: onde ad esse compete soltanto l'epiteto di *lichenoidi.*

Prof. **I. Neumann** (Wien), Referent:

Die Lichenfrage steht in den letzten Decennien auf dem Programme fast jedes Dermatologencongresses und obwohl unsere Kenntnisse im Verlauf der Zeit vielfach erweitert wurden, Modificationen und neue Erscheinungsformen bekannt geworden sind, ist dieselbe bisher noch als nicht endgiltig gelöst zu betrachten.

Dennoch ist diese Frage in allen ihren Phasen ausserordentlich einfach.

Zu jener Zeit, da die Hautkrankheiten bloss nach der Form der Efflorescenzen in Systeme eingereiht wurden (Willan) gab es zahlreiche ganz heterogene Krankheiten, die in der Gruppe Lichen zusammengefasst wurden.

Seit Hebra denkt Niemand mehr daran den Lichen agrius, lividus etc.. oder gar das pruriginöse Knötchen in einer gleichartigen Krankheitsgruppe

zusammenzufassen. Was nun unsere Lichengruppe betrifft, so gab es bis zum Jahre 1873 blos den von Hebra beschriebenen Lichen ruber, dessen Existenz heute gar nicht bezweifelt werden kann.

Derselbe ist klinisch und anatomisch sicher gekannt und harrt blos die Frage der Aetiologie noch ihrer Lösung.

Der Lichen planus von Erasmus Wilson im Jahre 1869 beschrieben war bis dahin in Oesterreich und Deutschland wenigstens nur aus der Literatur bekannt, während anderseits Wilson den Hebra'schen Lichen nicht gekannt hatte. Er ist identisch mit jenem Krankheitsprocesse, den ich in der dritten Auflage meines Lehrbuches unter dem Namen *Herpes chronicus* und zwei Jahre später als *Dermatitis circumscripta herpetiformis* beschrieben habe.

Wegen der Configuration und Anordnung der Efflorescenzen, wie auch mit Rücksicht auf deren häufige Localisation am Genitale wurde diese Erkrankung von Hebra für Lichen syphiliticus gehalten.

Seitdem hat die Lichenfrage noch mancherlei Wandlungen erfahren. Während Hebra anfänglich auf Grund seiner allerersten Fälle den Lichen ruber für eine absolut tödtliche Affektion hielt, kam er erst nach Beobachtung weiterer Fälle dazu den Arsenik geradezu als ein specifisches Heilmittel erklären zu können.

Kaposi fügte diesem Namen noch die Bezeichnung « *acuminatus Hebra* » hinzu, und neben diesen genannten Formen konnten in den letzten Jahren allerdings nur vereinzelte Fälle beobachtet werden, in denen der Lichen ruber in Form halberbsen- bis haselnussgrosser Knoten an den Handrücken und an den Augenbrauenbogen aufgetreten war. Ein solcher Fall wurde im Jahre 1885 an meiner Klinik behandelt und habe ich dessen Publication meinem damaligen Assistenten Ehrmann überlassen.

Als Unicum muss noch ein zweiter von Kaposi in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft im Jahre 1891 vorgestellter Fall betrachtet werden, wo neben typischen Knötchen von Lichen ruber planus noch ausgebreitete erythematöse Flecken vorhanden waren, auf denen sich pemphigusartige Blasen entwickelt hatten. Es ist kein Zweifel, dass es sich hier nicht um eine blosse Combination mit einem zweiten Erkrankungsprocess, etwa Pemphigus handelte, sondern dass diese Blasenbildung mit der eigentlichen Erkrankung zusammenhängt und nur einer seltenen Acuität des Processes entspricht. Das Vorkommen solcher Blaseneruptionen war auch der Grund meiner seinerzeitigen Bezeichnung Herpes chronicus.

In neuester Zeit wurde zunächst von Frankreich aus auf die Pityriasis rubra pilaris das allgemeine Interesse gelenkt, einen Krankheitsprocess, der allerdings bereits 1828 von Claudius Tarral in London beobachtet und fünfundzwanzig Jahre später von Devergie an der Hand einschlägiger Fälle richtig gedeutet worden ist, nachdem Royer denselben für eine « Psoriasis général, apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils » erklärt hatte. Eingehend und präcis wurde diese Krankheit erst 1877 durch Besnier's Schüler Richaud, gleichwie durch Besnier selbst in einer 1889 erschienenen umfassenden Studie geschildert.

Auf dem Pariser Congresse von 1889 war die Lichenfrage ein Hauptthema der Discussion. Fast alle Theilnehmer an derselben gaben zu, dass die Pityriasis pilaris als ein eigener Krankheitsprocess von den Lichenformen abzuscheiden sei. Kaposi erklärte sie aber als Lichen ruber acuminatus.

Die beiden Lichenformen: Lichen ruber und Lichen planus, sind in ihrem klinischen Bilde vollständig verschieden, obwohl einzelne Beobachtungen zu Gunsten der Verwandtschaft beider Krankheiten sprechen. Indess haben die Efflorescenzen von Lichen planus (Wilson, Neumann) mit denen des Lichen ruber (Hebra) nur im ersten Stadium Aehnlichkeit so lange sie klein sind und isolirt stehen.

Die opake Färbung der Efflorescenzen des Lichen planus, das Fehlen der Schuppen im Beginn der Erkrankung, die Unabhängigkeit der Knötchen von den Haarfollikeln ermöglichen es beide Krankheiten auseinander zu halten.

Auch sind die weiter vorgeschrittenen Efflorescenzen weder in der Anordnung, noch im Verlaufe dem Lichen ruber ähnlich, da gerade dieser sich dadurch weiter verbreitet, dass neue Knötchen hinzutreten, wenn grössere Hautpartien erkranken, während bei Lichen planus die einmal entwickelten Efflorescenzen gleichwie bei Psoriasis vulgaris sich peripher ausbreiten. Entscheidend ist hiebei auch das Verhalten der Haare und Nägel. Bei keinem Falle von Lichen planus, auch nicht bei solchen von universeller Ausbreitung wird jene Veränderung in der Textur der Nägel gesehen, die bei hochgradigem Lichen ruber nie fehlt; ebenso wenig findet man an den afficirten Stellen Ausfallen der Haare, auch nicht ein Spröde- und Brüchigwerden derselben. Aber auch die pathologische Anatomie dieser beiden Affectionen ist nach meinen Untersuchungen eine durchaus abweichende. Der Lichen planus stellt sich, nach meinen Untersuchungen dar, als eine circumscripte, vorzugsweise den oberen Theil des Cutisgewebes, den Papillar-Körper occupirende Entzündung, bei welcher namentlich die Schweissdrüsen afficirt sind. Drüsen- und Ausführungsgänge derselben findet man verbreitet, ferner die Drüsenknäuel von körnigen Wucherungen umgeben, in den Drüsenknäueln selbst stark lichtbrechende Zellen, in den späteren Stadien der Krankheit verhornte Zellen, sowie tief dunkelbraun gefärbte Bindegewebskörperchen. Bei Lichen ruber hingegen sind es namentlich die Haarbälge, welche kolbenförmig ausgebuchtet erscheinen in Folge Zunahme der Zellen der äusseren Wurzelscheide und conische zapfenförmige Fortsätze zeigen, die ihm fast das Aussehen einer acinösen Drüse verleihen, Veränderungen, die an meine Befunde bei Prurigo und bei seniler Haut erinnern.

Diese Fortsätze finden sich an den Ansatzstellen der Arrectores pilorum, welche selbst hypertrophisch gefunden werden.

Gemeinsam im histologischen Bilde des Lichen ruber und Lichen planus ist nur die Vergrösserung der Papillen und die reichliche Zellwucherung, die übrigens beim Lichen planus nur noch stärker ausgeprägt erscheint.

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist schliesslich die therapeutische Seite. Für den Lichen ruber ist Arsen das souveräne Heilmittel, bei Lichen planus ist dies allerdings auch der Fall, namentlich in Form von Injectionen. doch genügt hier trotz der Hartnäckigkeit des Leidens eine locale Behandlung.

Es fragt sich nun wie verhält sich der Lichen ruber zur Pityriasis rubra pilaris. Diese Frage musste für mich so lange offen bleiben als ich selbst keinen Fall gesehen, der jenem Krankheitsbilde glich. wie es die französische Schule entworfen. Nun habe ich aber bald nach dem Pariser

Congresse, auf dem die Lichenfrage geradezu den Brennpunkt der Discussion gebildet, einen diesbezüglichen Fall beobachtet, der sich noch heute in meiner Behandlung befindet und dessen Beschreibung und Abbildung ich im « Archiv für Dermatologie und Syphilis » 1892 gegeben habe. Derselbe bot in seinem Verlaufe ein ganz abweichendes Bild vom Lichen ruber acuminatus, dagegen ein ganz gleiches mit dem von Devergie und Besnier beschriebenen. Wir können die Unterscheidungsmerkmale der Pityriasis rubra pilaris gegenüber dem Lichen ruber acuminatus im Folgenden präcisiren:

1. Grösse und Aussehen der einzelnen Efflorescenzen. Sie sind punktförmig, mit dünnen Schuppen bedeckt, durch den kratzenden Nagel leicht entfernbar und flachen sich bald nach ihrem Entstehen wieder ab mit Hinterlassung einer weichen, elastischen, nicht infiltrirten, blassroth gefärbten, schuppenden Hautpartie. Hingegen sind die Efflorescenzen des Lichen ruber stecknadelkopfgross, braunroth, wachsartig glänzend, mit centraler Delle versehen und mit wenig Schuppen bedeckt; wenn sie geschwunden sind, hinterlassen sie derbe, braunrothe, infiltrirte, chagrinlederähnliche, von tiefen Furchen durchzogene Stellen.

2. Der ephemere Bestand der Knötchen im Gegensatz zu Lichen ruber, wo ausserdem bei universeller Ausbreitung Nutritionsstörungen, Abmagerung und dergleichen unausbleiblich sind.

3. Die Gruppirung der Efflorescenzen an den Phalangen entsprechend den Haaren, das Abfallen der Schuppen von den Knötchen und Zurückbleiben einer kraterförmigen Vertiefung.

Wichtig sind:

4. Die fortwährenden acuten Nachschübe, die innerhalb weniger Tage sich entwickeln.

5. Die Affection der Nägel, welche verdickt, uneben, gelbbraun verfärbt sind und an ihrem freien Rande sowohl als an ihrer Oberfläche brüchig werden. Vom Nagelbette aus entwickelt sich neue Nagelsubstanz, wodurch die Nägel in die Höhe gehoben und seitlich comprimirt werden.

6. Die Beobachtung, dass Arsen ohne Einfluss auf den Hautprocess bleit, welcher sich unter dem Gebrauche von Salben und Pflastern, schliesslich durch das Tragen von vulcanisirter Kautschukleinwand, Einwickelung in nasse Tücher und Gebrauch lauwarmer Bäder zurückbildet.

7. Der mikroskopische Befund. Es erscheint vorwiegend das Epidermisstratum ergriffen. Dasselbe in grossen Lamellen abgelöst, füllt vollständig die Mündungen der Schweissdrüsen aus und reicht auch in die Tiefe der Haarbälge. Verhornte Schichten liegen säulenförmig über einander und zwar unmittelbar über der Stachelzellenschicht wie überhaupt bei Hypertrophien der Epidermis; die granulirte und die Oehl'sche Schicht fast fehlend, die Cylinderzellen jedoch in normalem Verhältniss auf den vergrösserten Papillen aufgelagert. Die Haarbalgdrüsen sind normal, bei einzelnen nur die Wandungen leicht infiltrirt. Im Cutisgewebe finden sich an den Blutgefässen einzelne Rundzellen. Stärkere Entzündungserscheinungen sowie eine Hypertrophie des Cutisgewebes wie bei den Lichenformen fehlt bei Pityriasis pilaris vollständig, ebenso das Auftreten von pigmentirten Bindegewebskörperchen an der Adventitia der Gefässe und an den Schweissdrüsen. Wir haben es somit mit einem zunächst acuten erythematösen mehr in den oberen Lagen der Cutis sich abspielenden Processe zu thun, der dann theils mit

Exfoliation der Epidermis, theils mit Hyperkeratose endigt und vorwiegend die Hautfollikel zumal die Haarbälge trifft.

Im Gegensatz zu Lichen ruber endlich, wo die Zellen der äusseren Wurzelscheide beträchtlich zunehmen, ist es hier mehr die innere Wurzelscheide, welche afficirt erscheint.

Schlusssätze

1. Die alte Willan'sche Eintheilung des Lichenes ist gänzlich aufzulassen. Lichen agrius ist Eczema papulosum, Lichen lividus ist Purpura papulosa, Lichen pilaris: Hyperkeratosis, Lichen urticatus: Urticaria papulosa.

2. Der Lichen scrofulosorum ist in besonderer Form aufrecht zu halten. Er kommt nur bei Scrofulose, sowie schon in den ersten Lebensmonaten neben tuberkulöser Infiltration der Lunge vor. Der Nachweis von Tuberkelbacillen hat seine Existenzberechtigung gefestigt.

3. Der Lichen ruber Hebra besteht in derselben Bedeutung, die ihm sein Entdecker gegeben. Der Ausdruck « acuminatus » von Kaposi kann zur Unterscheidung von Lichen planus beibehalten werden.

4. Der Lichen planus Wilson-Neumann ist in der Gattung der Lichenes beizubehalten.

5. Die Pityriasis rubra pilaris ist eine für sich bestehende Krankheit, die mit dem Lichen ruber nur einzelne klinische Merkmale gemein hat, sich aber durch die Art seiner Knötchen und durch seinen Verlauf, gleichwie durch die anatomischen Veränderungen, ganz different verhält. Dieselbe kommt in Frankreich häufiger vor als in anderen Ländern.

Discussione

Dott. **M. Oro** (Napoli): Nell'Istituto dermosifilopatico diretto dal professore De Amicis, ha avuto l'opportunità di studiare due casi clinici di *lichen ruber planus*, tipo Wilson-Hebra. Trattavasi di due individui, uno dei quali *paranoico* di già da qualche anno, e l'altro evidentemente *neuropatico*, e nei quali l'affezione aveva parecchi mesi di decorso.

Le *ricerche istologiche* praticate, coi più svariati e rigorosi metodi, su pezzettini di cute affetta ed escissi in diversi punti del corpo, dal periodo iniziale a quello avanzato delle lesioni, permettevano all'oratore uno studio possibilmente completo: esse dimostravano come il *processo* suole iniziarsi dagli strati superficiali del corion con partecipazione diretta del corpo papillare, mediante dilatazione vasale, e migrazione embrionaria dapprima scarsa e successivamente sempre più accentuata da smagliare il tessuto connettivale proprio del derma; in prosieguo l'infiltrazione estendendosi invade anche i follicoli pilosebacei e le glandole sudorali, per cui ad uno studio superficiale, senza seguire la serie, e rivolto su qualche sezione soltanto, si potrebbe essere tratti in inganno e ritenere l'origine follicolo-glandolare del processo, il quale invece soltanto tardivamente invade tali organi. Gli strati epidermidali poi, nel periodo inoltrato solamente sono alterati: scarsa si mostra la migrazione embrionaria nel corpo mucoso il quale mostra una lieve ipertrofia specie negli zaffi interpapillari, e talvolta notasi alterazione (vacuolare) dei suoi elementi poliedrici; successivamente

alla ipertrofia del corpo malpighiano si associa quella dello strato granuloso, ed in ultimo non manca di parteciparvi anche lo strato corneo. La ombelicazione delle papule pare corrisponda per lo più ai pori sudorali, talvolta alle aperture dei follicoli, in corrispondenza dei quali, nel periodo tardivo, havvi anche accumulo di sostanza cornea; più di rado allo abbassarsi delle papille nel periodo inoltrato del morbo.

Dallo studio istologico quindi, d'accordo col Majocchi, l'oratore ritiene che il *l. ruber* deve considerarsi come una *dermatite corio-papillare* con *ipercheratosi secondaria.*

Le ricerche sulle terminazioni nervose nel connettivo sottocutaneo, praticate con la massima accuratezza, e con metodi assai rigorosi, han dato all'oratore risultato negativo: non diverso è stato il risultato delle ricerche batteriologiche nel tessuto e nel sangue degli infermi.

Le inoculazioni dirette del sangue aspirato mediante siringa Tursini sterile, e garantiti da ogni possibile inquinamento, nel cavo pleurico, peritoneale, e nel connettivo sottocutaneo degli animali da laboratorio (conigli, cavie) non diedero risultato più felice.

L'esame del sangue dal lato delle cellule neutrofile, mostrava un aumento di esse sui comuni leucociti nella proporzione del dieci per cento.

Dalle sue ricerche l'oratore si crede, d'accordo con altri (Köbner, Boeck, Geber, De Amicis, Minuti, Majocchi), autorizzato a negare la natura parassitaria del *l. ruber*, di già affermata dal Lassar; e benchè negative sieno riescite quelle sulle terminazioni nervose, tuttavia dallo studio dei casi clinici, e dal modo speciale d'insorgere e comportarsi della malattia crede che debba piuttosto il *l. ruber* considerarsi come una *trofonevrosi.*

L'oratore presenta i relativi preparati istologici.

Prof. E. **Schwimmer** (Budapest): L'orateur ne veut pas s'étendre sur la question du lichen pour ce qui est de sa forme clinique et des altérations morbides de la peau, mais il veut simplement appeler l'attention des rapporteurs sur deux points très importants qui se montrent au cours des formes graves de lichen:

1. La pigmentation brune ou bleuâtre en forme de taches étendues, après le cours de la maladie et dans les stades ultérieurs de l'affection. Cette pigmentation est très caractéristique et ne se trouve généralement pas, avec une telle forme et une telle couleur, dans d'autres maladies chroniques de la peau.

2. Le prurit intense qui se manifeste dans quelques formes et dans quelques cas, mais qui n'est pas toujours présent comme symptôme général.

Quant à l'étiologie de l'affection, M. Schwimmer est d'avis que le lichen représente une maladie nerveuse, d'après les symptômes cliniques, mais que jusqu'à présent on ne peut pas démontrer par des faits anatomiques la vérité de cette assertion.

Dott. E. **Schiff** (Vienna): Credo che sia inutile entrare qui in una discussione estesa sui licheni. I dermatopatologi sono stati sempre d'accordo di dare a tutte le forme nodulose il nome di *lichen.* Ciò che però è di una importanza considerevolissima è di distinguere chiaramente i caratteri essenziali del *Lichen ruber planus* (Wilson-Hebra) dal *Lichen ruber acumi-*

natus (Kaposi) e dalla *Pityriasis rubra pilaris* (Devergie e Besnier). In questa questione mi sono riservato finora il posto di spettatore e di osservatore e posso confermare che tutte le volte senza eccezione in cui certi casi furono presentati sia al congresso di Parigi sia alla società dermatologica di Vienna gli uni pretendevano trattarsi di *Lichen ruber acuminatus* dei quali gli altri sostenevano fossero della *Pityriasis rubra pilaris*. Sono obbligato di sostenere che tanto dai *moulages* studiati a Parigi quanto dai casi viventi veduti e osservati non mi è possibile trovare una differenza clinica. Conchiudo perciò essere il *Lichen ruber acuminatus* identico con la *Pityriasis ruber pilaris* come lo pretende il Malcom Morris, e la confusione provenire soltanto dalla denominazione simile dei due processi *toto coelo* differenti: *Lichen ruber planus* e *Lichen ruber acuminatus*.

Prof. **H. Hallopeau** (Paris): Je considère avec M. Neisser le pityriasis rubra pilaire de Devergie et Besnier comme une maladie *sui generis* essentiellement différente du lichen de Wilson, mais il me paraît incontestable que la grande majorité des cas désignés sous le nom de lichen ruber acuminé doivent lui être rapportés.

Je ne puis donc admettre avec M. Neisser que ce lichen ruber acuminé constitue une des deux formes principales de lichen ruber; ce qui complique la question c'est que des lésions élémentaires identiques à celles du lichen plan peuvent se rencontrer dans le pityriasis rubra pilaire et inversement que des lésions élémentaires identiques à celles du pityriasis rubra pilaire peuvent s'observer dans le lichen plan.

Nous avons publié récemment des faits démonstratifs à cet égard; il en résulte d'apparentes analogies qui conduisent à la confusion. Ces deux maladies restent différenciées par leurs localisations et les phénomènes subjectifs dont elles s'accompagnent.

Relativement au cas de lichen avec achromie, je dois dire que le fait que j'ai publié n'avait rien de commun avec celui de M. Neisser. Il s'agissait d'une trophonévrose caractérisée par des plaques d'achromie avec anesthésie, qu'entouraient des trainées de papules lichénoïdes.

Je ferai remarquer en dernier lieu que les réserves formulées par M. Neisser relativement à la nature tuberculeuse du lichen scrofuleux ne me paraissent pas justifiées. J'ai publié un fait qui me paraît en fournir la démonstration: il s'agit d'un enfant chez lequel existaient concurremment des lésions tuberculeuses et une éruption de lichen scrofuleux. Celle-ci était abondante sur le tronc, mais aux membres inférieurs on ne voyait que deux groupes grands comme des pièces de cinq francs, et chacun d'eux était disposé autour de lésions manifestement tuberculeuses.

On voyait en effet au centre une cicatrice tuberculeuse, à sa périphérie des nodules de lupus, et autour de ceux-ci les petites papules de lichen scrofuleux. Il était de toute évidence que cette dernière éruption était subordonnée aux précédentes, qu'elle était de même nature, et qu'elle était due seulement à la localisation du contage tuberculeux dans d'autres éléments.

Dr. **Th. Savill** (London):

A further contribution on epidemic skin disease.

Synopsis

I. Its leading features (exfoliation and definite duration) illustrated by fresh cases. Cases in the Paddington Infirmary, 1892; cases in the Paddington Infirmary, 1893; cases in the Fulham Union Infirmary, 1893; cases in the Bethnal Green Work-house, 1893.

II. That although the disease is undoubtedly, under some conditions, contagious and epidemic, nevertheless it not unfrequently occurs sporadically. Sporadic and isolated cases referred to.

III. The cases selected for description in 1891 [1]) were chosen for their severity. But many of the original series, and most of those subsequently seen, have been of a much milder, sometimes trivial, type; especially in young persons.

IV. That the disease is not a rare one; and is very liable, especially when mild, to be confused with Eczema, Psoriasis, etc. Diagnosis.

V. That bacteriological researches, since made with the exudation, have failed to isolate the microbe, chiefly on account of the constant contamination with Staphylococci. Histology of the disease.

VI. Treatment.

VII. That the name « General Exfoliative Epidemic Dermatitis », suggested by the author in 1892, is an unfortunate one; because *a*) the disease, although always exfoliative, has only sometimes a general distribution; *b*) it is only epidemic under certain conditions; and *c*) mild cases hardly amount to a dermatitis.

« Epidemic Skin Disease », the title first used, has the merit of emphasizing the conditions under which the disease first attracted attention.

Dr. **A. Ravogli** (Cincinnati):

Paget's disease.

In every disease the most important point is the etiology in that it is the key to the prognosis and treatment. At the same time it is also the most difficult and controverted point, showing once more the truth of the adage how difficult it is « rerum cognoscere causam ».

Since Leuckart called attention to the parasitic Protozoa and more especially to the Coccidium oviforme as a type of the class of Sporozoa, several diseases have been referred to this cause, and have been termed for this reason Psorospermoses.

As a type of these diseases we have that peculiar ulcerative affection of the nipple of the female mamma, known as Paget's disease. Wickham and Darier have stated that the cause of this affection is a parasitic Sporozoa.

[1]) Transactions of the Medical Society, London, 1891; British Medical Journal, November, 1891; British Journal of Dermatology, January, February and March, 1892; and a Monograph obtainable from the author, or Messrs. H. K. Lewis, Gower Street, London, 1892.

I have found a chronic ulcerative disease of the same description affecting the nose of a lady, corresponding in every way with the affection of the nipple described by Paget.

I have taken the liberty to present to your attention the affection on account of its peculiarity, rarity and the importance of its etiology.

Mrs. A. S., Covington, Ky., aged 67, has all her life enjoyed exceptionally good health; no history of Scrofula or Syphilis was obtainable. She has had four children all of whom are married and enjoying perfect health. Six years ago she began to be troubled with an itching sensation at the inner angle of the right eye extending to the nose. The skin at this point was red, hard and somewhat infiltrated. This infiltration gradually increased until a number of small nodules appeared upon the surface. These nodules soon broke down leaving an ulcerated surface. The ulceration gradually extended, showing neatly cut edges which extended deeply into the skin. After a temporary improvement, the disease progressed until it had formed a hard superficial scar which produced a slight ectropion of the inferior eyelid. In the midst of this scar tissue new nodules were formed which slowly ulcerated. In the course of time similar spots appeared on the root and body of the nose, which eventually coalesced with the primary affection forming a continuous ulcerating surface.

In August 1893, I first saw the patient. The entire skin of the nose was deprived of the horny layer of the epidermis, while scattered over the surface were seen a number of small vegetating hypertrophic nodules covered with a white, soft and flabby epidermis. The skin was hard, infiltrated, of a lardaceous appearance, very firm and resistant, inelastic, immovable and friable under the sharp spoon. The process involved nearly the whole of the nose and the internal angle of the right eye. It was limited by edges neatly and sharply cut into the normal skin. At the edges the skin shows numerous cicatricial bands running in different directions, which have caused a slight ectropion of the lower lid and a slight deformity of the right nostril. In the midst of these scars, round, deep ulcerations were formed. The active parts of the disease seem to be situated in several nodules, somewhat elevated from the surrounding surface and ulcerated in their centre. In the ulcerated brownish-red surface, a number of white corpuscles imbedded in the tissue, and scarcely perceptible to the naked eye, are found. The sero-purulent discharge is very scanty or entirely absent, and only occasionally are these nodules covered with a small thin crust.

The first impression conveyed to my mind was that of a superficial epithelioma, and applications of Icthyol and Ung. Diachylon were used with very encouraging results.

Owing to an attack of Hay Fever at this time, the patient was compelled to leave for a more suitable climate. When she returned the condition was worse. The edges had spread and new plaques were found at the inner angle of the right eye. The appearance was exactly that of a cutaneous sporospermosis as described by Darier and Wickham, and corresponding with the symptoms and appearance found in Paget's disease of the breast. Some of the nodules were removed with a sharp spoon and stained with methyl-blue. On microscopic examination there were found in every preparation a number of large ovoid corpuscles resembling bodies which I had already found in cases

of Psorospermosis follicularis vegetans. This confirmed me in my opinion that I had to deal with an affection of this kind.

Histology. — A small piece of skin was removed from the middle of the affected skin, hardened in alcohol and stained with haematoxylin. There was found a great increase of nucleated epidermic cells in the horny layer. The papillary layer was filled with large round inflammatory cells. The same cells were found infiltrating the sebaceous glands and surrounding the excretory ducts of the sweat-glands. The papillae were hypertrophic and infiltrated in a similar manner. The same process had extended to the subcutaneous connective tissue. None of the sections showed the epithelial pearls characteristic of epithelioma, or the peculiar large oval corpuscles which were found in the cover-glass methyl-blue preparations made from scrapings of the ulcerated surface.

Coccidia. — These corpuscles appear under the microscope as large oval cells made up of a thick surrounding membrane of a double contour filled with a homogenous fluid substance. This substance is deeply stained with methyl-blue while the limiting membrane remains unstained. In fresh and unstained specimens mounted in glycerine, the bodies were seen to move from place to place, and also to have amoeboid movements, by which their shape changed from time to time. As a result of these movements a hyaline fluid exudes from the corpuscles which may be seen as an opaline capsule surrounding the cell. In older preparations the contents of the cell are no longer homogenous but show a number of nuclei or granules which appear darker than the protoplasm of the mother-cell.

Importance.— Darier[1]) was the first to call attention to the presence of these oval corpuscles in the disease which he called Psorospermosis follicularis vegetans, before known as Acné sébacée or Keratose Folliculaire. He considered these corpuscles as the cause of the disease and that they were sporozoa belonging to the group of coccidia. His opinion was accepted by Malassez and Balbini[2]). The same organisms were found in Paget's disease of the nipple. Wickham supported the same opinion in a communication to the International Congress of Dermatology in Paris in 1889. He maintained their parasitic nature and held them to be oval formed psorospermes. This opinion was readily accepted by Vincent[3]), J. Hutchinson Jr.[4]), Pospelhoff[5]), Mansuroff[6]), Besnier, Lustgarten[7]), and Tarnowski. The parasitic nature of these corpuscles was denied at first by White[8]), who had found them in a case of psorospermosis follicularis vegetans and had maintained that they were cells containing kerato-hyaline. Burgi and Mietke[9]) likewise denied the parasitic nature of these corpuscles. C. Bouk[10]) maintained the same position. Kroesing[11]) maintained that these corpuscles were cor-

[1]) Annales de Dermatol. et Syphilog. 1889, p. 599.
[2]) L. C. 19 april, p. 438.
[3]) Annales de Micrographie, 1890.
[4]) Transactions Path. Society of London. vol. XLI, 1890.
[5]) Monatsheft für Pract. Dermat. 1891-92.
[6]) Id., 1891.
[7]) Journal of Cutan. and Gen. Urinary Diseases, 1891.
[8]) Id., 1889-90.
[9]) Monatsheft für Pract. Dermat., 1891.
[10]) Arch. f. Derm. und Syph., 1891.
[11]) Beiträge zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit. Monatsheft f. Pract. Dermat. 1892.

neified epithelium and had nothing in common with the coccidia; in which view he was later supported by Toegoek[1]). With other authors such as Pfeiffer, Neisser, Schwimmer, Geleneff, Piffard and Pick the parasitic nature of these cells remained doubtful, and they did not express any definite opinion.

There is no doubt in my mind that these bodies are anomalous and that we do not find them under normal conditions. Furthermore they are limited to certain morbid conditions and are not found in other diseases of the skin. I have examined nodules of true epithelioma, of ulcus cruris, scrophulous ulcers, and excoriated surfaces of eczema, and have never succeeded in finding them. I have constantly found them in Paget's disease, psorospermosis follicularis vegetans, and in lupus erythematosus. I cannot see any analogy between these corpuscles and epidermic cells. Nor would cells undergoing colloid degenerations possess their chromatophoric power. The quantity of protoplasm contained in these cells, their amoeboid movements, and the nuclei and the granules contained in them are sufficient reason for classing them as sporozoa. In the ulcerations of Paget's disease the corpuscles are very scanty; an observation which coincides with that of Toereck. Inoculations made upon rabbits with the detritus scraped from nodules of Paget's disease were without positive result.

As the result of the preceding considerations I submit to you the following conclusions:

1. Paget's disease is an ulcerative form of sporospermosis of the skin.
2. It is not limited to the nipple of a female breast but may affect other parts.
3. It is not a form of true epithelioma but may degenerate into this malignant form.
4. Its etiological factor is a sporozoa belonging to the group of coccidia.

Discussione

Prof. A. Neisser (Breslau): Kann nicht so weit gehen, die eigenthümlichen Gebilde, die man bei Paget's diseases findet, für sichere Psorospermien zu halten. Ueberhaupt fehlt ihm bei dieser Krankheit der infektiöse Character der Affection; nie sieht man eine Disseminirung der Heerde. Richtig ist, dass diese Krankheit nicht auf die Mamma beschränkt ist, aber auffallend bleibt die Häufigkeit dieser Localisation, und ist ebenso ein Argument gegen die Psorospermien-Natur der Krankheit, wie der fast regelmässige Uebergang in Carcinom.

Noch viel skeptischer ist N. betreffs der Processe bei Psorosp. folliculi und Carcinom.

Dr. C. Touton (Wiesbaden): vermisst bei der Bestimmung der fraglichen Gebilde den Nachweis eines einzigen grösseren, centralen Kernes, wie er ihn in den Gebilden des Mollusc. contagios. nachgewiesen hat. Ferner fehlt der Nachweis von Sporulationskysten. T. empfiehlt als beste Methode

[1]) Beiträge zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit. Monatsheft f. Pract. Dermat. 1892.

zum Nachweis der fremdartigen Zelleinlagerungen einfache Maceration und Untersuchung in physiologischer Kochsalzlösung, welche weit klarere Bilder als alle Härtungs- und Färbemethoden giebt. Mit den obigen Einwänden soll durchaus die Psorospermosennatur des Falles nicht geleugnet werden. Allein wir müssen uns, um den Zoologen gerecht zu werden, bemühen deren Forderungen zu erfüllen.

Prof. **D. Majocchi** (Bologna): Domando al dottor Ravogli se la fotografia da esso presentata, ci mostra un caso di Psorospermosi della cute del naso, e se questa è una forma delle Paget-Diseases. Domanderei ancora se la malattia di Paget è contagiosa, come è dimostrata la contagiosità nel mollusco contagioso. Io ho trasmesso già il mollusco contagioso tre volte, ed una volta su me stesso, riproduzione personale, che voleva mostrare al Congresso Internazionale nell'autunno decorso, ma essendo stato differito, allora feci fare l'estirpazione dei nodi molluscosi trasmessi su me stesso. Da ultimo pregherei il dottor Ravogli se volesse indicarmi in quale sede furono osservati da lui i corpi rotondi « Psorospermi » se, cioè, questi erano al disopra o al disotto dello *strato granuloso*, e se i medesimi *corpi ialini* erano identici o analoghi a quelli del mollusco contagioso.

Dott. **Cerchez** (Berlad):

Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium en grande dose.

J'ai traité 19 malades par l'iodure de potassium, d'après les indications de M. Haslund de Copenhague, et M. de Molenes.

La maladie datait, chez nos malades, de dix ans à trois mois et était bien définie, sans aucun antécédent syphilitique.

L'âge des malades a varié entre 9 et 55 ans. La dose par laquelle nous avons commencé le traitement, a été de 3 grammes de iodure de potassium pour le premier jour. Cette dose a été augmentée d'un gramme, les jours suivants, jusqu'à la fin de la maladie. Ainsi nous avons eu deux malades qui sont arrivés à la dose de 54 grammes d'iodure de potassium par jour. La solution se faisait en 200 grammes d'eau; après chaque cuillerée de solution, les malades prenaient un grand verre d'eau.

Les malades ont supporté très bien cette haute dose d'iodure de potassium, sauf deux malades, qui, dès la première cuillerée, ont eu des symptômes d'iodisme, au point que nous avons été forcés de renoncer à ce traitement. Nous avons eu aussi d'autres malades, qui ont eu, au commencement, un peu d'iodisme, mais il disparaissait, après un jour de repos, pour ne plus revenir, même quand les malades recommençaient à reprendre l'iodure. Ce fait ne s'est pas vérifié avec les deux malades précédents.

La durée du traitement a varié entre 27 et 60 jours.

La dose à laquelle nous sommes arrivés chez une fille de neuf ans a été de 20 grammes par jour; nous avons continué 22 jours ainsi.

En même temps que l'iodure de potassium, les malades ne prenaient autre chose qu'un bain d'eau tiède par semaine.

On a constaté que l'urine des malades contenait une grande quantité d'iodure de potassium.

Sur 19 malades, 17 sont partis complètement guéris. Nous avons eu l'occasion de revoir trois d'entr'eux; après quatre ans, ils sont toujours bien portants, sans la plus petite trace de la maladie antérieure.

Les deux autres malades sont aussi guéris par les topiques et l'arséniate de soude, mais cette guérison a été seulement de 5 à 6 mois; après quoi la maladie a reparu.

Les dermatologistes devraient essayer ce traitement sur une échelle plus étendue.

Discussione

Dott. G. **Ciarrocchi** (Roma): Io, in un malato di psoriasi, ho spinto la dose giornaliera del ioduro di potassio fino a 100 grammi al giorno, per trenta giorni consecutivi. In tutto, il mio malato ha preso in un mese tre chilogrammi di ioduro di potassio.

Ho voluto sorvegliare scrupolosamente il malato, onde essere certo, che egli ingerisse realmente tutti i 100 grammi di ioduro di potassio, ed ho voluto anche, a questo scopo, fare giorno per giorno l'esame delle sue urine. Il malato, *certamente*, prendeva ogni giorno i suoi 100 grammi di ioduro.

Ebbene: la psoriasi scomparve, e, mentre prima della cura la psoriasi affliggeva continuamente l'infermo, dopo la cura, per lo spazio di 3 a 4 anni, essa non è più ricomparsa. Però, da poco tempo l'infermo è venuto a consultarmi perchè nuovamente quest'anno la psoriasi è riapparsa.

Sicchè, io credo, che il ioduro di potassio a grandi dosi sia capace di far scomparire la psoriasi per un dato periodo di tempo, ma che non abbia la proprietà di guarire radicalmente la psoriasi.

La dose enorme di 100 grammi al giorno di ioduro di potassio presa per un mese consecutivo non ha prodotto nessun danno o disturbo generale qualsiasi all'infermo, se si eccettui una leggera anemia e un dimagramento passaggiero.

Prof. A. **Barduzzi** (Siena): Approva ciò che ha detto Ciarrocchi. Non crede che il ioduro guarisca la psoriasi, ma che la attenui.

Prof. T. **De Amicis** (Napoli): In varii infermi ho amministrato anche io il ioduro di potassio, ma senza alcun positivo risultato nella cura della psoriasi. I miei infermi però non han potuto tollerare il farmaco al di là dei 10 grammi; è forse per tal ragione che non ho visto alcun giovamento; però per giudicare che il ioduro guarisca positivamente la psoriasi bisogna tenere l'ammalato in ben lunga osservazione.

Prof. A. **Breda** (Padova): Ho somministrato l'ioduro da 5 a 20 grammi in una sola volta e direttamente in persona per periodi di 3 a 4 mesi.

Allontana la psoriasi solo precariamente.

Uno stesso psoriatico una volta guarì collo ioduro; tre o quattro mesi appresso ricomparve la psoriasi, cui guarì questa volta l'acido arsenioso a forte dose.

Ioduro potassico ed acido arsenioso ripuliscono la pelle psoriatica, ma non la liberano dalla eruzione stabilmente.

Dott. **A. Bertarelli** (Milano): Ho curato due malati di psoriasi con le alte dosi di ioduro di potassio, arrivando a farne prendere fino a grammi 25, in un caso, e grammi 30 al giorno nell'altro, senza avere alcun effetto benefico dal lato delle dermatosi, mentre i due malati furono colti da forme gastriche così gravi da dovermi persuadere ad abbandonare tal rimedio; da allora rinunciai a curare la psoriasi con l'ioduro di potassio.

Prof. **A. Neisser** (Breslau): hat vor 9 Jahren viel Jodkali bei Psoriasis angewendet, ohne jeden Nachtheil, aber auch ohne bleibenden Vortheil. Ein Fall, in dem wegen starker entzündlicher Irritabilität der universell verbreiteten Psoriasis jede örtliche Behandlung Monatelang unmöglich war, heilte sofort durch Jodkalium.

Prof. **A. Breda** (Padova):

Infiammazione acuta del tessuto adenoide della radice della lingua.

Il tessuto adenoide alla radice della lingua ammala talora di conserva con varie stomatiti e faringiti diffuse; negli individui sifilitici e scrofolosi viene colpito con qualche frequenza; gli elementi suoi i più superficiali vengono indubbiamente assaliti dal rinoscleroma e dal lupus; in un soggetto vedemmo sul terreno di tali elementi una spaccatura profonda benigna contornata da prominenze ghiandulari spiccate, indolenti.

Hickman, in un bambino che venne a morte per soffocazione poche ore dopo la nascita, rilevò la presenza di un tumore immediatamente innanzi alla epiglottide, tumore che sporgeva mezzo pollice dalla superficie della lingua; avea una base di tre quarti di pollice, e risultava da ipertrofia delle ghiandole alla base dell'organo. S'incontrano talvolta, a detta di Ashvorst, dei tumori fibro-cellulari congeniti della lingua, peduncolati, allontanabili facilmente. F. Masson ha riferiti due esempii di questo genere, nei quali i tumori poterono restare in sito fino all'età adulta.

In tutta la letteratura non abbiamo potuto rintracciare un solo caso che ne arieggi uno da noi veduto, dove l'acutezza e la gravità dei sintomi potevano impensierire.

Una signora novantenne lievemente linfatica, soggetta, specie nel periodo dai venti ai venticinque anni, a tonsilliti e faringo-laringiti frequenti, da dodici o tredici anni ne era immune, quando nell'aprile 1891, dopo una protratta esposizione al sole, avvertiva malessere, brividi di freddo a tutto il corpo, abbattimento, calore urente, dolore alla testa, ai ginocchi ed al collo. La febbre perdurò ventiquattr'ore; le rimase per quattro giorni una faringite. Appena svanita questa ultima, la deglutizione, lo sporgere all'infuori in forte grado la lingua, la pressione dietro la mandibola al lato sinistro, occasionavano dolore, e questo dappoi era avvertibile spontaneamente e si accrebbe via via a tal segno che ventiquattr'ore dopo le prime avvisaglie la deglutizione dei cibi solidi, e molto più quella dei liquidi e della saliva, erano insopportabilmente dolorose; il dolore irradiavasi anche all'orecchio corrispondente.

Il dolore che per circa trenta ore era localizzato a sinistra, si trasportò a destra, dove guadagnò pari gravezza. Il passaggio delle sofferenze dall'uno all'altro lato si ripetè varie volte nel periodo di venti giorni. Nel corso di

questi non ricomparve mai la febbre; i dolori alla deglutizione tratto tratto obbligavano la paziente ad astenersi dal cibo e più dalle bevande. La faringe e la laringe intanto si presentavano normali: i collutorii, i gargarismi, le inalazioni antisettiche e quelle astringenti, inutili affatto.

Al primo esame, intrapreso con lo specchietto laringoscopico, vedemmo disegnarsi sulla lingua, dietro le papille, circumvallate, inoltre sopra ed a ridosso dei legamenti glosso-epiglottici laterali, sul bordo della vallecula, specialmente su quella di destra, venti e più prominenze rossastre, connesse, acuminate, due o tre evase del volume di un seme di miglio, di un pisello, di un grano di formentone; alcune separate, altre confuse, dure e dolorose alla pressione effettuata col dito.

Una pennellata con una soluzione di nitrato d'argento al 10 per cento troncò subito il dolore e la dolorabilità ad ambedue le parti, così che la signora, nello stesso giorno, potè mangiare e bere senza dolore. Nei giorni successivi si ripeterono due volte le pennellature e si usarono delle inalazioni d'ioduro di potassio al 2 per cento.

Le sofferenze, dopo l'anzidetta epoca, riapparvero solo nel febbraio ultimo passato. Nel lungo frattempo non ebbe a lamentare altro che il soffermarsi tratto tratto in gola di residui di cibo, una o due volte alla settimana all'incirca.

Nel 27 febbraio 1894, in piena salute, dopo un vivo spavento, sopravvenne un brivido febbrile, che si protrasse due ore; il calore arrivò a 40°.5, e fu anormale per venti ore. Con la febbre vennero dolori forti allo stomaco ed anoressia, che cedettero sotto l'uso degli oppiacei in quattro giorni. Abbandonato il letto al quarto giorno di febbre, la paziente cominciò ad avvertire un dolore verso la gola esasperabile con la pressione dietro la mandibola al lato sinistro; malessere, senso frequente di freddo alle membra, di secchezza alla gola; dolore alla deglutizione più dei liquidi che dei solidi, dolore sotto i movimenti per parlare, dolore alla radice della lingua nel mantenerla sporta all'infuori, molto maggiore quando l'organo veniva tenuto fuori del cavo ovale mercè la trazione. Il dolore spontaneo si diffondeva all'orecchio ed alla regione laterale del collo. Per tre giorni il dolore era talmente forte da impedire la deglutizione di cibi tanto liquidi, che solidi.

L'affezione da sinistra passò a destra, per poi alternarsi daccapo. Quando dolori e dolorabilità erano scemati, non cessava l'ostacolo meccanico, che era più forte sotto i primi bocconi. Al mattino era pressante il bisogno di espettorare. Con ciò usciva qualche volta del muco viscido, cristallino, omogeneo, tale altra muco torbido e denso. Difficile sceverare quale appartenesse alle ghiandole vescicolari o lenticolari, atteso la copia della saliva che vi si tratteneva sopra, e che solo abbondante liquido per inalazione o per bevanda poteva allontanare.

L'esame con lo specchietto laringoscopico ci lasciò constatare alterazioni esclusive alle ghiandole ultime cennate. Costituivano tumefazioni per lo più papulose, lenticolari, più colorite della lingua, rarissime le evase. A sinistra costituivano sul legamento glosso-epiglottico, una tumefazione grossa come una noce avellana, la quale era raggiunta sotto l'atto della inspirazione dalla epiglottide. Il dolore che si suscitava con la pressione era alle volte intensissimo.

Normale sempre la laringe; due o tre ghiandole a ridosso di essa, a sinistra, ingrossate.

Le pennellazioni con soluzione di nitrato d'argento, le inalazioni di tannino e di ioduro di potassio ci parvero mezzi anche questa volta di lodevole efficacia. Non si potè escludere la convenienza di continuare a lungo nell'uso dei topici e di aggiungere ad essi una cura iodica interna.

Questo caso ci apprende:

1° Che il tessuto adenoide della radice della lingua infiamma talora acutamente;

2° Che l'affezione può esigere pronta ed energica cura.

Dr. **A. Hané** (Wien):

Ueber locale Therapie der Enuresis nocturna.

Zwei Fälle von Incontinentia urinae et alvi, sieben Monate durch fruchtlos mit interner Medication und Application des Mastdarm-Rheophors nach Ultzmann behandelt, welche endlich mit der Anwendung des Catheterismus genasen, veranlassten den Verfasser zur Untersuchung mit localer Therapie in 80 Fällen von Enuresis, in der Form von Sonden, Aetzbehandlung und der Thure Brandt'schen Massage und zwar in der Weise, dass bei älteren Kindern (über 10 Jahre) mit sufficienter Blase und intermittirenden Bettnässen die einfache Sondenbehandlung (Liegenlassen der Sonde und Dehnung der hinteren Harnröhrenparthieen) eingeleitet, in hartnäckigen, täglich einsetzenden Fällen das Aetz-Verfahren mittelst Altmann's-Injectoren therapeutisch verwerthet und in einzelnen (im Ganzen 5) Fällen die Massage-Behandlung nach Thure Brandt versucht wurde. Alle diese Methoden hatten den Zweck den Tonus der Blasenmuskulatur und der quergestreiften Muskulatur der Bauchpresse gleichmässig zu erhöhen und die raschere Ermüdbarkeit derselben herabzusetzen.

Von den 80 Fällen kamen zur Behandlung:

10 Kinder in Alter von 4-7 Jahren;

23 in Alter in von 8-10 Jahren;

28 in Alter von 10-12 Jahren;

11 in Alter von 12-15 Jahren.

Hierzu kommen noch 6 Fälle in Alter von 15-18 Jahren und 2 Fälle in Alter von 18-20 Jahren.

Hier folgen die gewonnenen Resultate:

a) Heilungen durch einen einmaligen Catheterismus in 3 Fällen; dieselben blieben dauernd geheilt.

b) Heilungen durch Sondenbehandlung in 12 Fällen ohne Recidive, in 15 Fällen mit Recidive.

c) Heilungen durch das Aetzverfahren: in 8 Fälle ohne, in 11 Fälle mit Recidive. In allen übrigen Fällen Besserungen; ohne Resultat blieben aber vier Fälle.

d) Heilung durch Massage in 1 Fall, in 2 Fällen Besserung. Die übrigen 2 Fälle haben sich nach zweimaliger Massage der weiteren Behandlung entzogen.

Von den 80 in Rede stehenden bleiben noch 22 Fälle, welche theils durch Sonden, theils durch Aetzungen behandelt wurden, jedoch nach vorübergehender Besserung gleichfalls von einer weiteren Behandlung ferngeblieben waren.

Die Heilungsdauer war verschieden, je nach dem Alter, den bestehenden oder intercurrirenden Complicationen durch anderweitige Erkrankungen etc.

Die längste Zeit beanspruchten Kranke mit nachweisbar hereditärer Belastung, anämische, schwächliche und mit hartnäckigen Darmerkrankungen behaftete.

Verfasser theilt einige Typen von Krankengeschichten mit.

Discussione

Dr. **De Watraszewski** (Warschau): bemerkt dass oft nach einer einmaligen Application des faradischen Stromes (p. rectum) die Enuresis nocturna geheilt werden kann, und man unter gewöhnlichen Umständen damit anfangen müsste.

Dott. **A. Santi** (Berna):

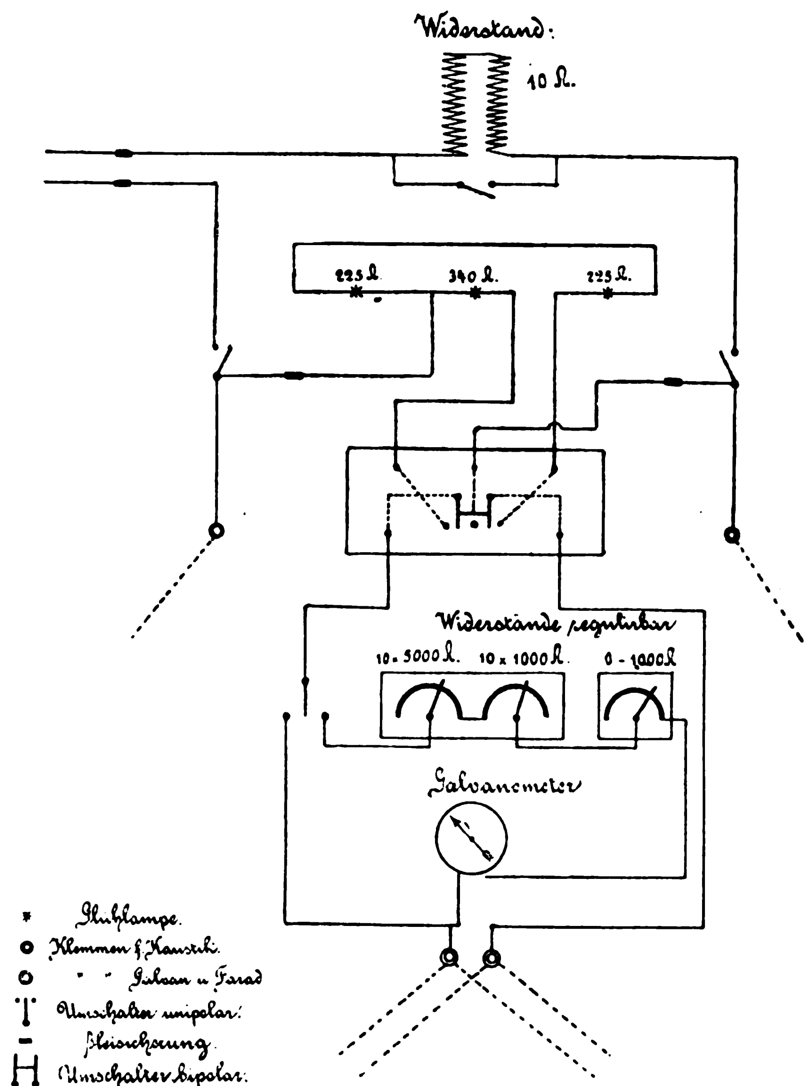
Nuovo impianto elettrico per galvanocaustica, illuminazione, endoscopia, faradizzazione, galvanizzazione ed elettrolisi coll'impiego della corrente per la illuminazione elettrica della città.

Signori! Più me ne occupava di elettricità e più ne sentiva il bisogno di procacciarmi una sorgente elettrica che fosse sempre costante e sempre pronta e che non esigesse ogni momento speciale servizio, come ne è il caso servendosi di pile o di accumulatori, servizio seccante e congiunto sempre a perdita di tempo. Questo mio intento potei finalmente realizzare con l'aiuto del mio amico, l'ingegnere A. Benteli, direttore dello stabilimento per la illuminazione elettrica della città di Berna. Dopo parecchie prove ed esperimenti riuscimmo ad ottenere un apparecchio che regola la corrente in modo sicuro per galvano-caustica, per illuminazione ed endoscopia, per faradizzazione, per galvanizzazione ed elettrolisi.

Da un anno mi servo di questo apparecchio, che soddisfa ogni bisogno ed è divenuto per me un essere prezioso e quasi indispensabile. Per coloro che si interessano della costruzione, presento qui una tavola litografica aggiungendovi una spiegazione succinta.

Come da questa tavola ne risulta, la diramazione dei fili elettrici della corrente di città, che deve qui servire a scopo elettroterapeutico, è anzitutto assicurata ad ambo i poli mediante intercalazione di un apparecchio di sicurezza, costituito di lamine di piombo, onde così evitare ogni pericolo, e soprattutto ogni pericolo di fuoco. Segue un reostato di 10Ω, che regola la corrente per uso galvano-caustico. Questo reostato va chiuso per uso illuminazione, endoscopia, faradizzazione, galvanizzazione ed elettrolisi. È da notarsi che il potenziale della corrente uniforme è qui ancor sempre uguale a quello della rete elettrica della città, cioè di 120 Volta.

Dopo essersi bene accertato che questo reostato di 10Ω sia aperto per la corrente, si possono applicare, senza nessun pericolo, i cordoni del cauterio alle rispettive morse. Pur dopo si chiudono i due interruttori principali.



Un tàl reostato può essere facilmente regolato per ogni temperatura e grossezza di filo del cauterio.

Dai due interruttori principali si diramano contemporaneamente i fili per la corrente galvanica, faradica, illuminazione, ecc. Questi fili sono pure garantiti mediante intercalazione di apparecchi di sicurezza. La re-

golarizzazione della corrente per ogni intensità desiderabile succede mediante lampade elettriche e mediante reostati metallici che sono governati mediante regolatori annessivi. Dai reostati la corrente passa per un galvanometro orizzontale molto sensibile (sistema Müller-Edelmann) fornitomi con mia piena soddisfazione dalla ditta Reiniger, Gebbert e Schall, di Erlangen.

Questo galvanometro permette un controllo da $^1/_{10}$ — 500 milliampères. Anche qui non vi ha pericolo di sorta, stante che le lampade elettriche anteposte assorbono la tensione elettrica troppo forte. Le lampade sono così disposte, che le due lampade sui lati, con una resistenza complessiva di circa 500Ω, sono da intercalarsi contemporaneamente mediante posizione corrispondente del cambia-contatto bipolare. Questa posizione — a destra — corrisponde alla corrente necessaria per faradizzazione, mentre che la posizione opposta del cambia-contatto bipolare — a sinistra — con la intercalazione della lampada centrale, dà la solita corrente galvanica.

Nella posizione del cambia-contatto bipolare per la corrente Faraday il cambia-contatto unipolare deve esser messo così, che la corrente non passi nei reostati metallici, nè nel galvanometro. Lasciando il cambia-contatto bipolare nella medesima posizione, ma intercalando, mediante il cambia-contatto unipolare, nuovamente i reostati metallici ed il galvanometro, si possono pure ottenere tutte le intensità di corrente galvanica ad uso elettrolisi, ecc., da due milliampères a 240 milliampères. Il galvanometro ne dà norma esatta.

La medesima posizione del cambia-contatto bipolare serve pure allo scopo che si volesse cambiare la direzione della corrente, come dalla litografia che ho presentato, o signori, senz'altro ne risulta. Pure nella medesima posizione si può aumentare la corrente sino a 350 milliampères, e, cambiandone le lampade, persino a più di 500 milliampères.

Dove si trovasse necessaria una isolazione più sicura contro la terra, questa si ottiene meglio mediante tappeto di guttaperca.

Dott. **A. Santi** (Berna):

Contribuzione allo studio dell'elettrolisi nella dermatologia.

Signori! Gratissima mi resterà sempre la memoria di un soggiorno passato a Vienna nell'estate 1891, frequentando diligentemente le cliniche e le policliniche della nostra specialità. Alla clinica del signor prof. Lange in ispecie devo tanto e tanto.

Si è nella clinica del prof. Lange che ebbi fra altro buona occasione di fare studii ed osservazioni speciali sulla elettrolisi. Tanto le erudite lezioni del distinto clinico, quanto l'applicazione clinica dell'elettrolisi, che succedeva sotto i nostri occhi, meritavano difatti ogni attenzione. In particolare mi risaltarono i bei resultati che Lange seppe ottenere con la elettrolisi nella cura dell'angioma ed in quella di stretture pertinaci dell'uretra.

Osservai, per esempio, come il prof. Lange applicasse l'elettrolisi ad un bambino dell'età di mezzo anno circa, e sofferente di un'angioma che

dalla spalla destra giungeva sino al carpo della mano. Furono fatte parecchie applicazioni a certi intervalli, ed ecco che nel corso di alcune settimane la più gran parte dell'angioma si presentava sparita. Così pure vidi in breve tempo sollevate difficilissime stretture dell'uretra.

Da questo tempo in poi l'elettrolisi ebbe sempre tutta la mia attenzione. Ne feci alquante esperienze e mi pare poter dire che l'elettrolisi sia una forza terapeutica di gran valore. Cosa essenzialissima però sarà una corrente sempre costante, sempre pronta e regolabile con ogni precisione, come già dissi parlando del mio nuovo apparecchio elettrico.

Mi sia permesso, signori, di fare un breve cenno di alcune affezioni cutanee da me curate mediante l'elettrolisi. Vorrei con ciò cattivarmi l'attenzione di quei giovani colleghi, che non hanno avuto molta occasione di occuparsi di elettrolisi.

Lupus vulgaris. — Applicai soventemente l'elettrolisi nella cura del lupo, in particolare in tali casi, ove nidi di tessuto luposo giacciono nascosti nelle cicatrici o nel tessuto sano e non si possono ben raggiungere in altra guisa. In tali casi mi servo di preferenza dell'elettrodo multiplice del prof. Lange (multiple Nadelelektrode), il quale è munito di circa 40 aghi, che mediante meccanismo speciale si fanno balzare nel tessuto affetto. Si è cosa conosciuta che tutti i tessuti alterati, e così pure il tessuto luposo, offrono minor resistenza all'elettrolisi, che non il tessuto sano; cosicchè piccole intensità di corrente possono bastare per distruggere un tessuto luposo, mentre il tessuto sano non ne soffrirà che poco. Nella cura del lupo però, mi pare, non si abbiano motivi bastanti per proteggere di troppo il tessuto sano. Cosa principale si è qui di distruggere in modo possibilmente speditivo e radicale tutti i nidi di tessuto luposo. Se nel medesimo tempo avesse a soffrirne in parte anche il tessuto sano, grave danno non ne verrà. In casi di lupo non trovo perciò raccomandabile servirsi di correnti deboli, come non è neppur raccomandabile e necessario prenderle troppo forti.

Per polo attivo si scelga il negativo, mentre che il positivo sarà fissato a posto indifferente.

La corrente si chiuderà con piccola intensità, salendo un po' alla volta alla intensità desiderata e ritenuta necessaria e calando nuovamente prima di aprire la corrente.

Per lo più bastano 5-8 milliampères per 5-10 minuti. Eccezionalmente saranno necessarie correnti più forti.

In generale l'operazione non riesce troppo dolorosa. In casi però ove i pazienti si dimostrano molto sensibili, do' di piglio all'anestesia locale mediante l'éthylchloride.

Dove l'applicazione dell'éthylchloride riescisse troppo dolorosa, causa ulcerazioni, ecc., mi servo di compresse pregne di una soluzione di cocaina, circa 5 per cento, che faccio applicare per un certo tempo prima d'intraprendere l'anestesia coll'éthylchloride.

Vorrei qui citare un caso di lupo tutto speciale, il quale, come mi pare, parla da sè: — Un uomo sessantenne soffriva da più di 20 anni di lupo, che occupava la più gran parte della guancia destra. Da medici e specialisti quest'uomo aveva sopportate tutte le cure generalmente in uso contro il lupo, ma il tutto senza essenziale successo. I miei primi tentativi

non ebbero miglior sorte. Stanco d'infruttuosi mezzi, diedi in ultimo di piglio all'elettrolisi, di cui cominciava appunto ad occuparmi più seriamente.

Ben presto ne ebbi miglioramento ed a capo di alcune settimane, dopo parecchie sedute conseguentemente ed energicamente eseguite, il lupo spariva, nè recidivò più tardi, come potei constatare.

Dipende naturalmente dal singolo caso di lupo, quale mezzo terapeutico appaia più speditivo e migliore. In ogni caso mi pare esser l'elettrolisi un mezzo potente nella cura del lupo, sia per sè, sia adoperata in sostegno di procedimenti chirurgici od altro.

Ulco rodente. — Il seguente caso di ulco rodente, stato da me curato mediante l'elettrolisi, potrebbe interessare.

Una donna quarantenne soffriva da più di un anno di un ulco rodente giacente nella pelle della parte ossea destra del naso. La paziente aveva diggià subìto diversi trattamenti, ma invano. Io vi applicai subito l'elettrolisi, transfiggendo cinque aghi di platino, congiunti col polo negativo, nella base dell'ulco. Fra quindici giorni feci tre sedute, applicando ogni volta una corrente di 4 a 5 milliampères per cinque minuti. A capo di altri quindici giorni l'ulco era guarito, non lasciando quasi nessuna cicatrice. La donna restò guarita, come più tardi più volte potei convincermi.

In tal caso avrei certamente potuto ottenere guarigione anche con altri mezzi, ma con nessun altro mezzo in maniera sì mite e senza cicatrice rilevante.

Angioma. — Non ebbi ancora occasione di curare coll'elettrolisi angiomi che fossero stati più grandi di una noce, ma qui ne ebbi sempre buonissimi risultati. Secondo il volume dell'angioma, infiggo nella sua base un numero sufficiente di aghi di platino ed unipolari. Una corrente di 3 a 5 milliampères per cinque minuti basta pel più dei casi. Dopo alcuni giorni si scioglie l'escara non lasciando quasi nessuna cicatrice.

Nella cura elettrolitica degli angiomi viene generalmente raccomandata l'applicazione del polo positivo per polo attivo, e ciò per la forza coagulatrice di questo polo.

Io mi son servito in tali casi del polo positivo e del negativo. In ambi i casi ottenni buoni risultati. La preferenza do però anche qui al polo negativo, per angiomi piccoli almeno, mentre per angiomi più grandi si potrà forse dare la preferenza al polo positivo. Nella cura di piccoli angiomi io non conosco nessun mezzo più efficace e più dolce che l'elettrolisi.

Ganglio tendogeno. — Una ragazza dodicenne presentavasi nella mia policlinica, causa una affezione cutanea. Vidi in questa occasione che portava sul carpo di una mano un ganglio tendogeno della grossezza di una grossa noce. Approfittai subito dell'occasione per esperimentarvi anche l'elettrolisi. Due aghi forti tre milliampères per cinque minuti, azione del polo negativo. Otto giorni dopo il ganglio era scomparso o non ne restava che una piccola resistenza della grossezza di un pisello. Simili casi curai più tardi col medesimo effetto.

Verruca, nevo verrucoso e piloso. — La cura elettrolitica della verruca, del nevo verrucoso e piloso è la medesima. A tenore della estensione della verruca, si transfiggeranno uno o più aghi nella base della verruca. Polo attivo il negativo. Intensità della corrente 3 a 5 milliampères per circa tre minuti.

Servendosi di più aghi unipolari, consiglio disporli in modo che si incrocino nel centro della verruca. Ciò ha per conseguenza che la verruca viene tirata dal suo fondo, cosicchè nessuna sua parte potrà sottrarsi alla azione elettrolitica degli aghi che passano per la base.

Una seduta sola basta quasi sempre per distruggere in modo netto e radicale ogni verruca ed ogni nevo verrucoso che non eccede certe dimensioni.

I peli del nevo verrucoso sono distrutti contemporaneamente con la verruca. La cicatrice che resta è minima.

Acne rosacea. — Ottenni buonissimi resultati dall'elettrolisi nella cura locale dell'acne rosacea e soprattutto in casi difficili e renitenti. Gli aghi di platino, congiunti col polo negativo, sono da infiggersi parallelamente colla superficie della pelle.

Due milliampères per $^1/_2$-1 minuto bastano per distruggere forme piane di rosacea. Per forme nodose si sceglierà la corrente un po' più forte e si prenderà il tempo più lungo.

Depilazione. — L'elettrolisi è sovrana nella depilazione. Se giustamente applicata produce sempre buonissimi effetti.

Il metodo seguente trovai speditivo e sicuro: si prenda una volta per sempre una corrente di due milliampères, e si lascia la corrente aperta solamente sugli elettrodi. Con una mano il paziente tiene il polo positivo, ma dalla parte isolata. Il polo negativo è armato di un ago di platino fermato in un porta-aghi, che l'operatore tiene nella mano come un porta-penna. L'operatore fissa il punto dove il pelo abbandona la pelle e vi mette la punta dell'ago che terrà sempre la direzione del pelo. Sul comando: *pronto*, il paziente prende con la mano, che gli restava libera, la parte non isolata dell'elettrodo positivo. La corrente è così chiusa e l'azione elettrolitica si mostra di subito mediante una perla di schiuma bianca che circonda l'ago.

Durante l'azione elettrolitica deve esercitare debole pressione sull'ago, che così penetra, senza nessuna resistenza, nel fondo della borsa pelifera.

Un quarto di minuto basta, per regola, a raggiungere lo scopo voluto. Al comando: *fermo*, il paziente lascia la parte non isolata dell'elettrodo positivo e si mette nella posizione di prima. Senza fermarsi, l'operatore continua la medesima operazione sopra un secondo, terzo pelo e così via, comandando ogni volta: *pronto - fermo*.

Dopo avere così elettrolizzato 10-12 peli si fa una piccola pausa, durante la quale si allontanano, mediante pinzetta, i peli operati, che, se furono ben colpiti, devono seguire senza alcuna resistenza. Ciò finito, si continua l'elettrolizzazione d'ogni singolo pelo, ripetendo il procedimento di prima.

Con un po' di esercizio si possono operare in tal modo ed in breve tempo 40 a 50 peli. Se l'ago non colpisce esattamente la borsa del pelo, allora manca la perla di schiuma bianca che si deve mostrare subito ogni volta o si mostra appena. In tal caso l'operazione deve essere rinnovata.

Psoriasi. — In merito a questa affezione constato il fatto che le *plaques* di psoriasi state elettrolizzate si involgono ben presto e che questi punti della pelle non vengono più attaccati da psoriasi, almeno per quanto potei finora constatare.

Altre affezioni croniche e localizzate della pelle. — Se dai fatti citati è permesso trarne ulteriori conseguenze, credo che l'elettrolisi sarebbe raccomandabile anche nella cura locale della lebbra tuberosa, del granuloma fungoide, del sarcoma della pelle, ecc. Sulla cura elettrolitica delle stretture dell'uretra e sulla cura della sclerosi sifilitica mi permetterò più tardi fare alcune comunicazioni.

Signori! Non voglio più a lungo abusare della vostra pazienza. Possano questi pochi, benchè deboli, cenni contribuire a tener vivo l'interesse per l'elettrolisi, per questo potente mezzo terapeutico, non ancora bastantemente conosciuto ed apprezzato.

Dott. N. **Barrucco** (Bologna):

Di un nuovo estesiometro, e sua importanza nell'esame del sistema nervoso e nella diagnosi di alcune dermatosi.

L'*estesiometria* è importante tanto nell'esame del sistema nervoso quanto come aiuto alla diagnosi di alcune dermatosi. Per il sistema nervoso si sa che i processi patologici di esso presentano alterazione della sensibilità. In altri casi questa alterazione della sensibilità da lesioni nervose è accompagnata da svariate dermatosi dalle forme più semplici alle più complesse; e qui l'estesiometria è assai importante per giudicare se la dermatosi è primitiva o secondaria, e ciò nell'interesse non solo diagnostico ma anche terapeutico. Finalmente vi sono dermatosi in cui l'alterata sensibilità è in stretta relazione col processo patologico locale. Principale fra essi è la *lebbra*, nella quale l'estesiometria si mostra importantissima non solo per determinare il grado ed i progressi della malattia, ma anche per stabilire, nei casi dubbii, una diagnosi differenziale.

Il mio estesiometro si differenzia dagli altri per tre particolarità: 1° Esso fa percepire la sensibilità dolorifica e la sensibilità tattile, cioè di peso o pressione, a qualunque altezza, senza passare per gradi intermedii; 2° La sensazione si può produrre anche sotto l'azione dello scatto a grado e pressione differente; 3° La sua azione è limitata alla pelle e non si estende alle parti profonde; esso ha particolarità tecniche per una sicura applicazione e due misurazioni, per i piccoli pesi e per i pesi maggiori.

Sarebbe pertanto utile per la scienza dermatologica che l'estesiometria fosse applicata su vasta scala e non già limitata, come fino ad ora, a casi molto speciali, potendosi, da un complesso di esami praticati con diligenza e competenza, ritrarsi delle conseguenze utili dal lato scientifico e non prive di interesse pratico.

Prof. S. **Jullien** (Paris):

Tonsillomètre.

Je présente un instrument que j'ai fait construire par M. Aubry (de Paris) pour la mensuration des amygdales.

Ce tonsillomètre se compose d'abord d'un petit compas d'épaisseur, dont les deux parties se meuvent parallèlement sur une tige graduée et

qui permet de mesurer exactement le diamètre de l'organe, d'arrière en avant. Une autre partie contient deux branches qui s'écartent angulairement et permettent de mesurer la hauteur de l'organe d'une part, et de l'autre l'intervalle qui sépare les deux organes.

On peut ainsi relever une formule presque algébrique des amygdales, et préciser les conditions de leur morbidité.

Dr. L. **Friedheim** (Leipzig):

Beitrag zur Kenntniss des Kreosots.

Das Kreosot entfaltet seine toxische Wirkung in weit höherem Masse, wenn es ohne grössere Intervalle in selbst kleinen Dosen verabreicht wird, als wenn mann es in grösseren Einzelgaben mit längeren Ruhepausen gibt. Die toxische Wirkung äusserte sich an einer grossen Zahl von Versuchsthieren (Meerschweinchen und Kaninchen) durch entzündliche Veränderungen der Lunge, Milz, Leber, Niere, Darmschleimhaut und Serosa. Eine grosse Neigung zu Blutungen innerhalb dieser Organe trat neben den entzündlichen Infiltraten hervor. Starke Albuminurie mit reichlichen Cylindern aller Art zeigte sich häufig. Das Blut wies enorme Mengen von eosinophilen Zellen, und eine beträchtliche Zahl von kernhaltigen rothen Blutkörpern auf. Das Centralnervensystem zeigte sich in wesentlichem Masse betheiligt nach höheren Einzeldosen, sowohl durch Reiz- als durch Lähmungserscheinungen, welche indessen nach wenigen Stunden zur Rückbildung gelangten. Die Milz war in auffallender Weise durch nekrotische Herde ausserdem ausgezeichnet. Die Kreosotbehandlung einer weiteren Reihe von Versuchsthieren erwies sich gegenüber der Einwirkung des tuberkulösen Giftes als vollkommen unwirksam.

Prof. D. **Majocchi** (Bologna):

Saponi Torti.

Ho l'onore di presentare agli egregi colleghi un saggio di saponi medicinali preparati dal cav. Benedetto Torti, di Roma, superando non poche difficoltà, soprattutto per combinare alcuni rimedii con la massa saponacea. Il risultato ottenuto dal signor Torti è stato, sotto tutti i rapporti, splendido, come hanno constatato i clinici italiani della specialità. Meritano, sopra ogni altro, considerazione alcuni dei saponi preparati con formule proposte dal compianto prof. Manassei e dal De Amicis, e fra questi il sapone all'acido salicilico e quello composto all'acido salicilico ed ossido di zinco, trovati utilissimi nelle forme di herpes circinnatus e negli stadii cronici dell'eczema, e così ancora quelli all'ittiolo ed olio di gulteria, di canfora nelle forme pruriginose e da ultimo quello al naftol nella scabbia. I detti saponi meritarono elogi in parecchie esposizioni ed anche oggi vengono sottoposti alla vostra attenzione.

Il prof. **De Amicis** si associa a ciò che ha detto il prof. Majocchi circa la perfezione con cui sono preparati i saponi del Torti e la loro utilità pratica, avendone egli fatta larga esperienza nella sua pratica.

Quarta seduta.

2 Aprile 1894, ore 9.

Presidenti: Prof. Neisser (*Breslau*) assistito dal prof. Pellizzari (*Pisa*) dalle 9 alle 11 e prof. Jullien (*Parigi*) assistito dal prof. Barduzzi (*Siena*) dalle 11 alle 13.

RELAZIONE.

Eczema e sua natura.

Prof. E. **Leloir** (Lille):

(Si scusa con lettera di non poter intervenire, perchè incaricato dal suo Governo di una missione in Algeria).

Prof. E. **Schwimmer** (Budapest), Relatore:

Il termine *eczema*, introdotto per la prima volta in medicina nel sesto secolo dell'êra volgare da Etius, e dai suoi successori in dermatologia, al certo non veniva usato per indicare le forme morbose che oggi con l'anzidetta denominazione si designano. Ed infatti, ben presto vennero adoperati dai diversi autori nomi del tutto differenti. Al Lorry devesi il merito di avere, alcuni secoli dopo, rimesso in uso il termine *eczema* pel quale egli intendeva, attenendosi al significato letterale della parola (ἐκ-ζέω, *bollire, effervescere* — come per altro Etius definiva le flogosi che si manifestano rapidamente *ab ebulliente fervore*), designare le infiammazioni circoscritte della pelle come ascessi, furuncoli, ecc.

Villan e Bateman, i fondatori della moderna dermatologia, furono i primi che considerarono l'eczema nel senso moderno caratterizzandolo come una forma di vescichetta. Seguendo questa idea si andò ulteriormente sviluppando il concetto degli eczemi, e grazie alla scuola di Vienna si generalizzò nel modo con cui oggi lo comprendiamo.

La base del criterio dell'eczema, come venne inteso da Hebra, sta nella polimorfia dei prodotti morbosi e nell'unità del processo morboso; quella si basa sulla natura e decorso dell'esantema, questa sulla possibilità di seguire lo sviluppo di una malattia, della quale ci manca una perfetta chiarezza sul suo punto di partenza, che attacca il tessuto cutaneo, e che si localizza in un punto, talvolta guarendo rapidamente, tal'altra persistendo, pur essendo la causa e la serie dei sintomi sempre analoghi.

È oramai dominio di tutti i libri, e quindi a tutti noto, l'esperimento di Hebra, che tentava di riprodurre sperimentalmente il quadro clinico dell'eczema, applicando su di una parte più o meno sensibile della cute una sostanza irritante (es. olio di croton-tiglio), che dava luogo, nel sito dell'applicazione, dapprima a rossore, poi ad essudazione, vescicazione, e finalmente a formazione di croste. Ma questa lesione era un vero eczema? Evi-

dentemente questa infiammazione artifiziale, e l'eczema sorto spontaneamente, sono due processi del tutto differenti.

Non è punto raro il vedere come una stessa causa, agendo su diversi individui, sia capace in alcuni di provocare una irritazione locale che, serbando i caratteri infiammatorii, ben presto risolve, mentre in altri assume la forma di una infiammazione più o meno persistente, cioè riveste i caratteri proprii di ciò che diciamo eczema. Questo dimostra che l'originarsi dell'eczema premette una certa disposizione individuale, che costituisce quell'enigma per noi insoluto, e che forma il tema di lunghe e continue ricerche. L'*eczema artificiale* di Hebra può tuttavia, sotto certe condizioni, dar luogo ad una vera forma eczematosa, mentre in origine non lo era affatto, o gli si rassomigliava soltanto.

Volendo stabilire con esattezza il concetto dell'eczema, dobbiamo giudicare quest'affezione dal punto di vista anatomico e clinico, coi quali criterii si possono stabilire dei caratteri definitivi sulla sua essenza, mostrandosi tali fenomeni con una notevole regolarità.

Basandoci sui criterii anatomici, troviamo che l'eczema incomincia sotto forma d'iperemia del corpo papillare e degli strati superiori del corion (fatto che aumentando dà luogo ben presto ad essudazione), e successivamente segue l'elevarsi dell'epidermide in modo circoscritto (*vescicole, papule*); ovvero, decorrendo il processo sotto l'epidermide, si può avere la eliminazione (*desquamazione*) degli strati superiori epidermoidali medesimi, con successiva rigenerazione in un periodo ulteriore; e questa fase ha luogo sempre che il processo trovi un ostacolo nel suo decorso, sia per l'allontanamento dell'agente infiammatorio, sia ancora per l'intervento terapeutico. Avendo noi preso di mira, nella descrizione del processo morboso, l'eczema acuto, è evidente che, nell'andamento regolare, al periodo iperemico tien dietro quello essudativo, e quindi, poichè questa secrezione sierosa segue con costanza, ed è, direi quasi, indispensabile, noi possiamo considerare questo processo come catarrale, e però ritenere giusta l'idea che l'eczema rappresenti veramente un catarro dell'integumento cutaneo; e ciò analogamente a quello che si osserva per le mucose, per le quali era riserbato il termine *catarro*, denominazione che non si basa soltanto sulla formazione del secreto mucoso, ma eziandio sulla migrazione leucocitica, sull'essudazione del siero sanguigno che si aggiunge all'accentuata secrezione delle cellule a calice (Becherzellen) dell'epitelio, onde la superficie della mucosa, fino a che il processo non è esaurito, rimane sempre umida. È su questo criterio che certamente si basava il Tilbury-Fox, allorchè, nel 1870, definiva l'eczema come un catarro della pelle, criterio che veniva accettato da molti autori.

Adunque il criterio anatomico ci permette di constatare nell'eczema una doppia modificazione, iperemia ed essudazione, ogni ulteriore alterazione essendo conseguenza del processo morboso istesso. Ma l'anatomia patologica, come di leggieri si comprende, per sè sola non è sufficiente a spiegare l'essenza del processo eczematoso; ond'è che bisogna rivolgere la nostra attenzione al punto di vista clinico.

Ritenendo ben note le lesioni anatomiche, e considerando accuratamente il quadro morboso dell'eczema, di leggieri si comprenderà come sia assai difficile adottare un'unica definizione per un processo che può presentare una serie di lesioni, sia successive, sia contemporanee, da far mu-

tare continuamente aspetto; poichè spesso l'eczema mostrasi sotto forma essudante, e talvolta l'essudazione essendo assai abbondante, ora appare sotto forma vescicolare, o papulosa, ora predomina l'inspessimento, l'infiltrazione del tegumento cutaneo, ed infine non manca di presentarsi come una superficie arrossata più o meno secca e desquamante. A questi fatti aggiungasi il prurito che non manca mai, e che persiste anche a fronte delle modificazioni locali.

Certamente si fu in base a questo fatto, di riscontrare cioè nell'eczema sempre un gruppo di fenomeni, che il Brocq, nel suo manuale *Sur le traitement des maladies de la peau*, adoperasse il termine *eczema* al plurale: « c'est avec intention que le mot *eczéma* est mis au pluriel, car on désigne sous ce nom dans l'état actuel de la science tout un groupe complexe d'éruptions cutanées dont les symptômes, l'évolution et l'étiologie sont des plus variables ». Tuttavia noi non dividiamo questa opinione, poichè ci pare che la definizione al plurale non sia atta a facilitare il modo di comprendere di questa forma morbosa.

L'eczema può essere acuto o cronico a seconda del decorso, cioè percorrendo le sue fasi dal rossore all'essudazione, alla formazione di vescicole o di papule, in tempo più o meno breve, risolvere, ovvero, durando più o meno lungo tempo, può assumere una fase stazionaria vuoi come semplice infiltrazione, vuoi presentando anche una fase desquamativa. L'estensione poi del male è differente, potendo l'eczema acuto presentarsi circoscritto, ovvero diffondersi a tutta la superficie cutanea, senza alcuna norma.

Non crediamo giusta l'opinione di alcuni medici, fra cui il Gamberini, che non vogliono classificare l'eczema acuto, a causa del rapido decorso, fra gli eczemi, mentre molto spesso esso è precursore di un'affezione cronica: noi saremmo invece più proclivi, con Neisser, Auspitz, Leloir, a ritenere come tipico l'acuto, ed il cronico come atipico; e ciò per la irregolarità del suo decorso, spesso estendendosi senza alcuna norma, recidivando assai di frequente, e talvolta resistendo anche al trattamento meglio condotto.

L'eczema può offrire delle modalità differenti, in rapporto alle condizioni anatomiche delle regioni su cui si sviluppa, senza per altro cambiare natura ed anatomia patologica; e però troviamo giustificate le descrizioni dettagliate introdotte in patologia dal Rayer dapprima, e successivamente dal Wilson, dall'Hebra, dal Kaposi, ecc.; forse in questo diverso aspetto è da ricercarsi la ragione delle classificazioni riportate in alcuni libri. Differentemente si presenterà infatti un eczema che si svolge in un sito ricoperto di peli, poichè i follicoli stessi vengono invasi dal processo per cui si ha un aspetto molto simile alla follicolite, ovvero alla sicosi, e soltanto più tardi apparirà la vera natura eczematosa della lesione primitiva; in altri siti, per esempio, al *mons veneris*, alle ascelle, cuoio capelluto, per l'eccessiva secrezione sebacea, mentirà una forma di seborrea; sulle superfici che restano fra loro a mutuo contatto, specie nelle persone corpulenti (mammelle, inguini, genitali), assumerà la forma essudante, dando adito eziandio ad un più facile attecchimento a microrganismi che possono modificarne totalmente l'aspetto da convertirlo in una forma mista.

Le varietà cliniche dell'eczema si basano sul predominio delle sue lesioni elementari onde distinguiamo l'eczema in eritematoso, vescicolare, essudante, papuloso, impetiginoide, ecc.

Una nuova forma, un'altra varietà di eczema veniva introdotta in dermatologia, negli ultimi anni, da Unna, cioè l'*eczema seborroico*. Per chi non conosca i lavori del dermatologo di Amburgo, o non è specialista, lo *eczema seborroico* non offre certamente nulla di singolare, poichè parrebbe che ciò non dovesse designare altro che una forma di eczema caratterizzata da accumulo di *sebo*. Ed allora, presa in questo senso, la definizione non sarebbe nuova, poichè il Kaposi definiva così l'eczema che si manifesta intorno alle glandole sebacee; ed anche altri autori più antichi denominarono diversamente tale affezione, il Bazin indicandola *pityriasis acnéique*, Laillier *eczéma acnéique*, e perfino il Besnier insiste di averla designata, come si rileva dalle sue stesse parole: « Depuis longtemps nous savions, et notre collègue M. Vidal enseignait comme nous, que diverses variétés de séborrhée et d'hypéridrose du cuir chevelu se rencontraient régulièrement chez les sujets, qui étaient atteints de cette espèce d'eczéma ».

Coll'idea di riformare del tutto lo studio dell'eczema, l'Unna introduceva l'*eczema seborroico* pel quale, come si sa, intende un catarro cronico della pelle, di origine parassitaria, causato da cocci speciali, e che incomincia con desquamazione, prurito, irritazione fino all'essudazione e flogosi intensa.

Che gli eczemi riconoscano sempre una causa parassitaria, non è dimostrato assolutamente, e il numero di eczemi occasionati da cagioni ancora a noi non bene note è indubbiamente di gran lunga superiore a quello provocato dall'immigrazione di parassiti; ed anche a voler ammettere che le cose vadano nel senso di Unna, di leggieri si comprenderebbe come nel gruppo degli eczemi potrebbero andare incluse affezioni del tutto differenti. La dimostrazione di questo fatto ce la offre il Philipson di Amburgo, discepolo di Unna, e che in un lavoro pubblicato negli « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie » (giugno 1893), pone accanto all'eczema squamoso cronico, l'eczema rubrum dei bambini, la pityriasis del capo e di tutto il corpo a lato della seborrea universale (*ittiosi sebacea* di alcuni autori), ed infine, a chiudere la serie, troviamo alcune forme di psoriasi. Ora ci domandiamo: è necessario allontanare le dette forme morbose dai gruppi in cui fino ad ora venivano incluse, per comprenderle in altri? È indubitato che gran parte delle forme citate non ha che vedere con i parassiti, o per lo meno per alcune di esse — psoriasi, pitiriasi — i parassiti patogeni ci sono del tutto sconosciuti; e quindi non è possibile, dal punto di vista parassitario, considerarle in un unico gruppo. Ed anche a voler tener conto di un altro sintomo, il *prurito*, per raggrupparle, esso è non meno fallace essendo minimo e mancante assolutamente in alcune di esse, come nella seborrea del cuoio capelluto, od in quella universale, nella psoriasi, ecc. Appare dunque evidente il fatto come, anzichè aggiungere chiarezza ad uno dei più scabrosi capitoli di patologia, l'Unna lo rendesse sempre più intricato, per essere inciampato in una serie d'idee che lo allontanarono sempre più dal punto di partenza. E ciò è posto sopratutto in rilievo dal Philipson medesimo, il quale, pur essendo suo seguace e discepolo, e quindi avendone seguìto nelle diverse fasi tutte le teorie, si esprime così: « Si l'on compare maintenant le contenu de l'eczéma séborrhéique de l'an 1887 avec le contenu actuel on ne peut plus douter qu'il n'existe aucune autre ressemblance entre les deux, que le nom ». A ciò

aggiungasi il fatto che nella creazione anatomica e microparassitaria di Unna non è poi comprovato il rapporto tra la secrezione di grasso della pelle e l'origine dell'eczema. Tuttavia, sia per riguardo all'autore, sia ancora pel fatto che singole persone competenti cominciarono a tenerlo in considerazione, ed anche perchè nella ricerca della natura dell'eczema è di somma utilità d'imparare a conoscere ogni parte della scienza, benchè talvolta non se ne divida l'opinione, crediamo che l'eczema seborroico debba essere preso in una certa considerazione.

Uno sguardo retrospettivo allo stato attuale dell'eczema seborroico dimostra come fosse diversa l'accoglienza che i medici facevano alla nuova forma morbosa; e mentre alcuni clinici francesi ed inglesi si mostravano propensi ad assegnargli un posto nella scienza, altri si pronunziavano in senso decisamente contrario. E pertanto non mancarono di quelli che, pur accettandolo benevolmente, riportavano delle osservazioni cliniche e scientifiche in senso contrario, come appare dalle indicazioni del Brooke; ed anche il Brocq si esprime così: « Mais faut-il considérer cet eczéma séborrhéique comme une entité morbide bien définie? nous ne le pensons pas ». Ed anche Philipson conchiudendo aggiunge: « d'après mon opinion il faut passer à l'ordre du jour sur la doctrine de l'eczéma séborrhéique ». Due anni fa, al Congresso di Lipsia, il Neisser respingeva la nuova forma morbosa, mentre in altre occasioni anche il Kaposi, il Neumann, ecc., non mostravano opinione differente.

Lo studio delle alterazioni istologiche che il processo eczematoso induce nella pelle sia rigonfiandosi l'epitelio nella forma acuta, sia desquamandosi sotto forma laminare nelle croniche, mentre in questo periodo si ha ancora migrazione embrionaria e neogenesi connettivale nel corion, oltre a dilatazione e ripienezza vasale, ed alterazione di tutti gli strati epiteliali che rivestono le papille con conservazione dei nuclei degli strati cellulari superiori (*kératisation* di Leloir); lo studio istologico adunque dimostra come nell'eczema realmente abbia luogo un'anomalia nelle funzioni cutanee, e come occorra un certo tempo perchè si effettui il ritorno allo stato normale; ed ancora ci spiega la facilità delle recidive, e la tenacità con cui resiste al trattamento. Quindi l'attitudine al cronicismo dei processi morbosi cutanei in genere, nell'eczema notasi in massimo grado.

Ciò posto, che cosa dobbiamo intendere per eczema? Per Hardy l'eczema « est donc une inflammation du corps muqueux de Malpighi »; per Wilson l'eczema « is an inflammation of the skin accompanied with alteration of its structure and derangements of its functions ». Hebra, Kaposi, Weyl più che dare delle definizioni, riportano delle descrizioni del male, riferendosi essi alle efflorescenze che si formano ed agli stadii successivi. Una definizione dell'eczema, che si basa sui processi clinici ed anatomici insieme, potrebbe essere la seguente: « l'eczema è un processo infiammatorio degli strati superiori del corion e degli strati malpighiani inerenti, nel quale il processo essudativo cagiona delle efflorescenze con contemporanea irritazione dei nervi cutanei, e più o meno persistente interruzione nella nutrizione del tessuto affetto ». Per conseguenza l'eczema è una epidermo-dermite o meglio enchidermite (Kromayer).

Passando ora all'etiologia dell'eczema, non possiamo nasconderci la grande difficoltà che ci si para dinnanzi nel ritrovare gli agenti provocatori

del processo morboso, talvolta passando perfino inosservati. Tuttavia crediamo di raggruppare le cause morbose in due grandi categorie, cioè in locali ed in generali.

Quanto alle prime, già abbiamo menzionato l'esperimento di Hebra, e dimostrato come gli agenti irritanti, data una certa predisposizione, possono provocare una vera infiammazione eczematosa. Si comprenderà facilmente come assai grande debba essere il numero degli agenti esterni provocatori dell'eczema: la luce, il clima, il contatto con talune sostanze medicamentose (chinina, iodoformio, acido fenico, sublimato corrosivo, ecc.), ed ancora l'azione di sostanze irritanti inerenti a varie professioni o mestieri (droghieri, farmacisti, muratori, fornai) sono le cause più frequenti.

Ben più difficile è l'esame delle cause generali, poichè non riferendosi direttamente all'organo cutaneo, si prestano a tema di molte ricerche ed esperienze che sono lungi dall'essere esaurite. A meglio comprenderle le divideremo in:

a) affezioni costituzionali o malattie degli organi interni:
b) cause nervose;
c) agenti parassitarii.

Gli autori francesi ed inglesi vogliono dare una grande importanza etiologica alla gotta, poichè, in base alle loro osservazioni, molti individui sofferenti reumatismo o gotta presenterebbero facilmente delle chiazze eczematose; ed Ebstein, che da lungo tempo si è occupato dell'argomento, afferma, contrariamente all'opinione di Hebra, che effettivamente è frequente l'eczema negli individui gottosi. A noi non è riuscito pertanto accertare simile rapporto; senza dire poi che talvolta il fatto può essere puramente accidentale, come appare da una citazione di Wilson. Anche il rapporto col diabete non è dimostrato, poichè anche in quei casi in cui si ha forte prurito ai genitali e furuncolosi non si può affermare di avere constatato l'eczema. Il linfatismo e la scrofola spesso predispongono all'eczema per la poca resistenza dei tessuti; ma non credo dimostrato che la supposta modificazione nella costituzione del sangue dia origine all'apparizione spontanea dell'eczema, non avendo osservazioni personali. Nei bambini affetti da rinite, oftalmite, otite purulenta, per lo scolo dei liquidi irritanti stessi possono occasionarsi degli eczemi.

La sifilide e la tubercolosi raramente sogliono accompagnarsi ad eczema; chè anzi fa l'impressione come se la pelle degl'individui affetti da sifilide non sia terreno favorevole all'eczema, e la coincidenza delle due affezioni è un fatto estremamente raro. Ed in quei casi in cui avveniva simile coincidenza mi si offriva l'opportunità di osservare una più rapida guarigione del processo eczematoso. Mi piace richiamare l'attenzione degli specialisti su questo fatto, poichè parmi non ingiusto ritenere che il virus della sifilide che impregna l'organismo, possa, fino ad un certo punto, indebolire la predisposizione all'eczema. Ed anche il fatto che l'eczema provocato da applicazioni locali di mercurio in individui sifilitici, guarisce assai più facilmente di quello che suole manifestarsi in individui non sifilitici, pur essendo identica la causa, parmi dimostrativo. Conchiudendo, vediamo che le relazioni patologiche tra l'eczema e le affezioni costituzionali in genere sono assai limitate, ed in realtà pare che non esista una affezione generale con cui potrebbe direttamente rapportarsi un processo eczematoso.

Come processi metastatici erano considerati quegli eczemi che si manifestavano in relazione ad affezioni di organi interni. Questa teoria, che sembrava del tutto abbandonata in questi ultimi tempi, è tornata in onore; e nel Congresso di Parigi del 1889 il Gaucher, riferendosi ad alcuni casi, ritornava su quell'argomento, accentuando con grande insistenza tale correlazione, opinando che una serie di toxine chimicamente ignote vengano mercè l'affezione cutanea deviate dalle correnti dei succhi, e che riassorbite (nel caso di sparizione dell'eczema) costituiscano un pericolo per l'organismo intero. Anche il Besnier pronunziavasi in senso ancora più affermativo: « Nous croyons devoir déclarer qu'il y a quelques circonstances dans lesquelles il faut discuter la question de savoir si un eczéma existant n'est pas, soit localement, soit à titre général, un lieu de révulsion ou d'élimination dont il faut ajourner la suppression ». Noi frattanto crediamo che queste opinioni non sono che semplici ipotesi, mancando una base scientifica: chè anzi, stando alle nostre personali osservazioni, siamo piuttosto proclivi ad escludere la *teoria metastatica*, la quale per altro non ha che pochi fautori.

Come per le affezioni costituzionali menzionate, anche il nesso tra le affezioni di organi interni (polmoni, milza, rene, ecc.) e l'eczema non è facilmente dimostrabile, a differenza di altre eruzioni (orticaria, eritemi, ecc.) che possono più agevolmente apportarsi a disturbi determinati, come nelle affezioni dell'apparato digerente o della sfera genitale nel morbo di Bright, ecc.

Egualmente la *diatesi eczematosa* di alcuni autori è da rigettarsi, poichè non vi ha alcun momento della diatesi generale che avvalori tale concetto.

Il rapporto dell'eczema con le affezioni del sistema nervoso è oggetto di discussione assai importante per la difficoltà di dimostrare anatomicamente tale modo di vedere. E soltanto Leloir e Colomiatti riferiscono degenerazioni delle fibre nervose terminali in alcuni casi di eczema, sebbene non manchino coloro che riportino di essersi incontrati in identiche lesioni anche in casi in cui non eravi eczema; quindi non possiamo a tali alterazioni dare grande importanza, fino a che non si rivolga contemporaneamente l'esame alla midolla spinale ed ai gangli simpatici. Quindi, mentre sotto questo punto di vista rimane largo campo all'investigazione, dobbiamo, per ora, contentarci dei dati clinici soltanto per trovare la relazione di tali fatti. Per altro sono parecchi anni che Leloir ci comunicava alcune osservazioni in cui lo sviluppo dell'eczema avveniva consecutivamente ad affezioni dei nervi centrali; ed ancora dimostrative sono quelle di Weir, Mitschell, Duplay, Morat, Arnozan, Charcot e di altri ancora in cui l'eczema sviluppavasi in seguito ad affezioni e lesioni dei nervi periferici; mentre fino ad ora si conosceva soltanto che per irritazioni o lesioni delle diramazioni dei nervi si originassero l'*eritema*, l'*orticaria*, lo *zoster*, ecc.

Il Bulkley, che raccolse le dimostrazioni cliniche di tale correlazione, dà grande importanza patogenica alla neurastenia, a varie nevrosi ed ancora ad alcuni stadii patologici del cervello e midolla spinale.

In un mio lavoro sulle dermatosi neuropatiche ho riferito di certe interruzioni della sensibilità nell'eczema, senza che con l'estesiometro mi

riuscisse dimostrare alterazione alcuna nella sensibilità cutanea; in quel lavoro ho accennato eziandio ad una serie di fenomeni in base ai quali sono indotto a ritenere la natura neurotrofica dell'eczema. Senza voler esporre tutte le teorie sulle affezioni trofoneurotiche e vasomotorie è indiscutibile che i momenti clinici in base ai quali si è indotti a ritenere l'eczema come una affezione riferibile alle influenze nervose hanno molto maggior valore di quelli che si citano in appoggio al rapporto con le cause costituzionali, sia che si riesca a dimostrare le alterazioni nervose stesse, sia che non si rinvengano (*dermato-neurosi sine materia* di Leloir).

A dimostrazione della teoria trofoneurotica credo di richiamare l'attenzione sullo sviluppo embrionario della cute, con cui si può rilevare la intima affinità tra cute e sistema nervoso. E questo un fatto fino ad ora poco considerato. Già il Remak aveva dimostrato che l'integumento generale si sviluppa dallo stesso foglietto germinale (Keimblatt) dal quale si origina il sistema nervoso, e per conseguenza la cute deve riguardarsi come una formazione molto affine al sistema nervoso stesso, e l'innervazione molto sviluppata di essa è una conseguenza della conformazione embrionaria. Ed è perciò che la patologia del sistema nervoso fa tesoro anche di questi rapporti per giudicare giustamente di certe affezioni del sistema nervoso centrale e periferico; e le interruzioni della sensibilità del derma permettono di trarre delle deduzioni su certe indisposizioni nervose. Ora domandiamo, perchè non dovrebbero comportarsi in modo analogo anche talune affezioni della pelle? Augurandoci che ulteriori ricerche varranno sempre più a delucidare questo argomento, riteniamo adunque che l'eczema, o per lo meno alcune varietà di esso, senza dubbio dipende da influenze nervose.

Quanto alla natura parassitaria, a parte quelle forme che Hebra considerava come eczemi, cioè l'eczema marginato, l'erythrasma di Baeresprung, e che sono da ascriversi ad affezioni parassitarie, indipendenti dall'eczema ed analoghe all'erpete tonsurante, alla pitiriasi vescicolare, ecc., riteniamo come banali tutte le forme parassitarie riscontrate, non essendo ancora stato isolato un microrganismo veramente patogeno dell'eczema.

Il quadro multiforme nel quale noi osserviamo l'eczema, i varii processi anatomici ai quali esso dà origine, le varie cause capaci di originarlo, la durata ineguale della malattia, c'insegnano che nell'eczema abbiamo a fare con un complesso di studii che non permettono un criterio unico sulla natura del male. La causa dell'eczema, per quanto possiamo giudicare in base alla osservazione ed all'esperienza, è collegata alla disposizione individuale, la quale non è occasionata nè dalla deficiente, nè dalla eccessiva nutrizione del corpo.

L'agente morboso dell'eczema è a noi ignoto: pare stia nella cute stessa, e dovrebbe, a quanto pare, svilupparsi per impulso che parte dalle terminazioni nervose. Ciò che oggi conosciamo dello eczema si riferisce ai mutamenti anatomici, ed ai fenomeni clinici; e l'esame del sangue non ha fino ad ora offerto punti di appoggio atti a fornire schiarimenti sulla natura del male; e tutte le osservazioni ed esperienze tendono a farlo riguardare come una interruzione locale della nutrizione, che talvolta può stare in relazione con lo stato generale, senza che perciò ne sia la conseguenza diretta.

Prof. A. **Breda** (Padova), relatore:

Le definizioni dello eczema date da Bazin, Devergie, Hardy, Brocq, Tilbury,-Fox, Kaposi, Unna dal 1862 al 1893 non concordano tra loro nel concetto etiologico patogenico e neppure in rapporto alla semeiologia. Per taluni sono sufficienti a suscitare eczema i fattori esterni, per altri i soli interni; non manca chi lo addebita alla cooperazione di entrambi e vedono in questa la sorgente più attiva: varia sarebbe altresì la parte concessa ai nervi.

Sarebbe eczema, per Unna, un catarro parassitario cronico della pelle con desquamazione, prurito e tendenza alla essudazione ed alla produzione di lesioni infiammatorie accentuate, vale a dire, che su terreno predisposto, microbi e tossine loro susciterebbero e manterrebbero la flogosi, che altri riferì alla eczemina. All'infuori di Bazin e di Hardy si evitò di parlare di eczema delle mucose. La vescicola, il prurito, segni quasi patognomonici, sono da alcuni appena accennati, trascurati da altri completamente.

La fisionomia, andamento, significazione del morbo variano colle scuole: vicino ad un eczema riflesso si colloca un eczema tubercolare. Ora in una concessione patologica astratta, multiforme, variabilissima, che si spoglia di un indice di riconoscimento, di controllo specifico indiscutibile con tali e tante variazioni morfologiche, non può non seguirne la confusione. Non è giunto ancora il momento di atterrare tutto il vecchio edifizio per erigergliene di contro uno tutto nuovo.

Il concetto del parassitismo seduce più di ogni altro, ma i trovati di Unna anzichè essere perentorii furono smentiti da varie parti. Elsenberg [1]) collo *stafilococcus albus* trovato in un eczematoso e nella pelle e nello essudato pleurico non ha potuto destare eczemi: non gli è andato oltre Bernheim [2]). In bambino eczematoso morto improvvisamente, in corrispondenza ad interruzioni della epidermide cornea trovò nel derma, nei linfatici e nello ipoderma, molti diplococci, e nei visceri stafilococchi piogeni (bianco e citreo) ed il *diplococcus albicans tardus* di Unna e Tommasoli, ma non gli riuscì di dirci se vi avesse tra tutti un microrganismo eczematogeno. Perchè poi aumentare difficoltà e dubbiezze cercando dove non possono mancare i microrganismi piogeni? Anche noi in un pezzo di pelle eczematosa staccata dal cadavere 24 ore dopo la morte, nel reticolo, nel derma e nello epiderma abbiamo incontrati molti strepto- e stafilococchi, ma solo nella minor parte di preparati spettanti ad uno stesso soggetto, mai in pezzi tolti dal vivente, sebbene appartenessero a quattro differenti soggetti, e con ciascheduno avessimo allestita una grande quantità di preparati.

Quando poi entri in iscena il bacillo tubercolare, siamo e restiamo nel dominio della tubercolosi, anche se per avventura le lesioni ed i sintomi soggettivi appagati dello eczema avessero schiusa la via allo innesto positivo del bacillo tubercolare.

Questa possibilità ci è apparsa evidente nel caso di una ragazza, che poi morì per tubercolosi articolare e polmonare.

[1]) Vierteljahresschrift f. Hautkr. u. Syph, 1888.
[2]) Centralblatt für Bakteriologie u. Parassitenkunde, 1894, Februar 5.

L'eczema seborroico Vidal l'osservò avere decorso acuto, Dubreuihl lo notò sui prolabii quantunque sprovveduti di ghiandole sebo-sudorali. Dice bene Neisser, che nei così detti stadii primo e secondo (pitiriasico e crostoso) esso nulla ha che gli meriti titolo di eczema. Eczema e seborrea sono due forme che decorrono il più spesso affatto divise; ma vi ha di più: vi sono cioè i casi nei quali una seborrea delle più diffuse può essere accompagnata da una infiltrazione delle più fitte delle ghiandole sebo-sudorali senza che vi figuri la più piccola traccia di esteriorità eczematoide o di flogosi qualunque si sia [1]).

Va rendendosi progressivamente maggiore la corrente di coloro che escludono dallo eczema le dermatiti che più gli rassomigliano se risultino originate da sola causa esterna: anche la stessa recente dottrina parassitaria ama presupporre una disposizione generale che agevoli l'opera dei microrganismi, sebbene alle tossine microbiche si riserbi la parte prevalente. Un nostro paziente nervosissimo malato da più anni di bronchite, stante una lombaggine si applicò sui lombi una tela resinosa. Avea sessant'anni, avea avuta la pelle sempre sana, eppure gli piombò subito addosso una espulsione polimorfa pruriginosissima con tendenza alla simmetrica subacuta, che a furia di espulsioni subentranti lo martorizzò senza intervalli senza che rimettesse intanto dalla sua ostinazione ed intensità la bronchite, per ben due anni.

Il mercurio, l'arsenico, ecc., danno espulsioni eczematoidi magari in persone che non ne hanno mai avute, sia che vengano applicati sopra la pelle o nell'ipoderma, oppure vengano ingoiati.

Tali ed altre analoghe sostanze agiscono per via riflessa, come ad esempio, certi parassiti o materiali nello intestino, o solo in quanto entrino nel circolo? Nel secondo caso sono cause sufficienti o risultano complementari di una disposizione interna? E se Tizio o Caio hanno una predisposizione ereditaria allo eczema, in uno dei loro antenati esso avrà pure esordito quale risultante sia pure complessa di cause esteriori. È molto arbitrario quello di negare qualifica di eczema ad una dermatosi qualunque si sia, se si possa dimostrarla dovuta a sole cause esteriori; si abbraccia siffattamente un principio senza riscontro nella etiologia dei morbi.

Anche l'acuzie della dermatosi non dovrebbe impedire la diagnosi di eczema. La si ammette possibile nelle recidive dello eczema seborroico (Unna).

[1]) B. A. di mesi 21 nacque con cute apparentemente normale. Dopo un mese incominciò qua e là a farsi oscura e coprirsi di sebo che i genitori mediante olio e strofinazioni toglievano via. Ma quello si riproduceva più rapido e guadagnava in estensione. Portato il bambino nella nostra clinica li 27 ottobre 1890 appariva bene sviluppato e nutrito, con pochi capelli biondi sottili e con un'ernia inguinale. Tutto il cuoio capelluto, quasi tutta la faccia erano coperti da uno strato bruno screpolato alto un millimetro di sebo concreto molto aderente. Aveva alcuni dischi sui padiglioni auricolari, abbondantisssimi alle regioni deltoidee pettorali omerali, tra le scapole e su quella di destra. al quarto inferiore delle gambe e dorso dei piedi. Tutto il resto della pelle asciutto, ruvido, unghie ipotrofiche. Affrettato il distacco della vernice sebacea mediante sapone, olio, acqua emolliente, la superficie già coperta si mostrava occupata fittamente da rilevatezze poligonali, lenticolari, bianco-grigie, che sul roseo della pelle richiamavano altrettanti pomfi di orticaria in via di risoluzione. Un pezzetto di pelle da un punto malato di un braccio lasciava vedere al microscopio anzitutto una notevole quantità di ghiandole sebacee, alcune aprentisi direttamente sulla pelle senza vi si vedesse entro un pelo. Scarsa e per punti la infiltrazione papillare; abbondante tutto attorno ai lobi delle ghiandole sebacee; di molto maggiore all'ingiro e tra gli elementi dei glomeruli sudorali, ove in varii punti il canale si mostra dilatato da riuscire due o tre volte più ampio del calibro medio del glomerulo cui appartiene.

In soggetti con trofismo cutaneo ereditariamente favorevole allo eczema, si vedono espulsioni acute che abortiscono, altre che escono con vivacità non inferiore a quella di angionevrosi eritematiche od edematose. Nei varii soggetti, in uno stesso nelle varie provincie cutanee, nei diversi momenti le differenze toccano gli estremi di una gamma molto estesa e non dobbiamo, per mire teoretiche, togliere alla verità quello che le appartiene.

Per quanto si disse giova mettere sotto altra rubrica l'eczema seborroico ed il tubercolare. Altrettanto devono andar fuori dalla famiglia degli eczemi, ripetiamo col Brocq: l'eritrasma, l'eczema marginato, la stafilococcia del Wickham, l'epiteliomatosi eczematoide (Besnier) della mammella o *morbus* Paget, la disidrosi, la micosi fungoide nel suo primo stadio. Ci sembra molto opportuno appellare con Brocq e Jacquet eczematizzazioni le lesioni consecutive a grattamento, sopra forme pruriginose, quando quelle svaniscano cessato il prurito. Giova del pari stracciare dallo eczema quadri che appartengono a nevrodermiti e keratodermiti, delle quali ultime ne vedemmo di speciale una, della quale diremo altrove, notevole, pel rapido sviluppo e la grande diffusione, e somiglianza marcatissima collo eczema.

Quello che rimane crediamo utile schierare nello eczema, definendo questo: « una dermite (enchidermatite, Kromayer) superficiale non contagiosa, polimorfa, pruriginosa: per lo più è cronica e diffusibile e da causa interna, atta a dar recidive e non cicatrici. »

Quale o quali ne sono la causa o le cause interne? Nessuno quanto il dermatologo si è occupato di tanta questione patologica a scrutare se vi avessero per avventura cause capaci di far ammalare la pelle, oltre la scrofola, lo scorbuto, la sifilide, qualche altro stato costituzionale o diatesico ereditario oppure acquisito. A non risalire oltre, Bazin impernia la etiologia dello eczema sull'erpetismo, del quale non può, naturalmente, dirci la essenza, e sull'artritismo, figlio ibrido della gotta e del reumatismo. Ma poi vede molta analogia tra le due diatesi, non gli riesce di separarle nè anatomicamente nè clinicamente. V'ha di più: non è capace di precisare quali dermatosi rispecchino la gotta, quali il reumatismo. Hardy ammette (1862) l'erpetismo che per Pidaux (1861-64) è risultato bastardo delle tre malattie croniche capitali primitive — scrofola, sifilide, artritismo —; per Gigot-Suard l'erpetismo consisterebbe (1870-75) nella presenza in eccesso nel sangue di principii escrementizii, in ispecie di quelli che allo stato normale vi si trovano in molto minor quantità, e che non sono punto eliminati dalla pelle — urati, ossalati, xantina, creatina, ecc. — in seguito a perturbazione isolata o simultanea della nutrizione o della urinazione (uricemia). Quinquaud mediante introduzione di acido urico determinò in alcuni cani (1890) espulsioni papulose vescicolose, pustolose; in uomini dei nodi duri, delle macchie con prurito, efflorescenze papulo-vescicolose; non gli riuscì però di avere una dermatosi tipica (eczema, lichene o psoriasi). Per Lancereaux l'erpetismo riconoscerebbe un disordine nutritivo da cattivo funzionamento del sistema nervoso, che turbato da influenze pure esteriori, si trasmetterebbe con uguale inclinazione viziosa (1883). Figli di una stessa scuola, Guibout nega la esistenza dello artritismo di Bazin; Bouchard non ammette l'erpetismo, opina molte dermatosi acute e croniche provengano dall'artritismo o meglio dal reumatismo. Per Merklin la relazione di alcune dermatosi col reumatismo e colla gotta sarebbe quanto vi ha di più si-

curo e palpabile; Lancereaux riferisce all'erpetismo talune antropatie subordinate da Bazin allo artritismo.

L'attuale dermatologo francese più conosciuto, già scolare e di Bazin e di Hardy, il Besnier, ripudia l'erpetismo dei suoi maestri, ed accarezza l'artritismo, non però quello di Bazin, che qualifica siccome espressione di una strana accozzaglia, ma dichiara esistere forme gottose — uricemiche — e reumatiche, acute e croniche, per le quali dice, quando pure non vi abbia elemento caratteristico, neppure il criterio terapeutico, l'assieme dei loro caratteri segnerebbe il loro valore. Più recentemente il Besnier avvertiva che ormai (1889) al Saint-Louis nessuno si preoccupa delle dottrine baziniane, tutti essendo attenti a vedere invece se il soggetto è gottoso, linfatico, ecc.; però Brocq, che si atteggia a conciliatore di opposte scuole, dove fa la terapia dell'eczema, designa tra gli stati generali che devono essere presi di mira l'artritismo, il reumatismo, ecc. Gli pare che uno stato diatesico ereditario od acquisito, turbe vaso-motrici, influenze che agiscono sul sistema nervoso, intossicazioni della economia da ingesti, o da germi morbosi, abbiano valore quanto i fattori locali e che, probabilmente, per lo più, la patogenia sia complessa. Lo seduce la idea parassitaria così come seduce Leloir, ma non possono accogliere quella di Unna per tutti gli eczemi. Confidano entrambi che la biochimica avvenire scioglierà il mistero di alcuni stati diatesici, scevrerà quali sostanze venute dal di fuori o di riduzione intraorganica, giuochino una e quale parte nella genesi del morbo. A noi sempre è sembrato, che l'infezione reumatica acuta disponga ad eritemi (orticaria, peliosi, ecc.), non già allo eczema e che, anzitutto, i casi nei quali il reumatismo cronico comune muscolare od articolare, si associa ad espulsioni di puro cronico eczema o vi viene seguito sieno talmente rari da dover pensare data quella coesistenza o successione, più a fortuita accidentalità che a necessario vincolo tra loro e rispettivamente con uno stesso germe. Eppure nella etiologia dello eczema molta parte aggiunge, indiscutibilmente, la ereditarietà; però, badisi bene, questa si scolpisce talfiata sui discendenti con degli stati affatto atipici. Insomma certe pelli sono contrassegnate da una ereditata predisposizione, vulnerabilità, debolezza originale, maniera speciale di trofismo per cui cachessie, discrasie, anomalie nel ricambio organico, alterazioni pur transitorie di umori e di organi, introduzione o impedita eliminazione di materiali disacconci le possono condurre a flogosi, tra l'altre alla eczematosa. Ci dirà l'avvenire quali alimenti, quali medicamenti, inquinamenti, e tossine, se di urea o di acido urico, oppure anche di leucina, xantina, ipoxantina, leucomaina, ecc., quali speciali microbi e per quali alterazioni di organi e attraverso a quali intimi mutamenti sorga allora l'eczema. Certo anche nei limiti i quali oggi gli vogliamo concedere ora pare prodotto di pure cause interne, ora del solo trofismo cutaneo, tanto sanno essere lievi le coadiuvanti esterne quando vi figurano. Altra volta in soggetti pure vecchi, mai in passato dermopatici, uno agente effimero, ad azione locale circoscritta, determina uno eczema, che investe la intera cute, e su questa dimora per anni senza si riesca a scacciarnelo. Forse in questi casi bisogna ricorrere a scemata resistenza vitale. Il deterioramento nella nutrizione della pelle per effetto di professione di evoluzione trofica naturale, di mutata posizione sociale, variate alimentazioni o condizioni di visceri — anatomiche o funzionali —, particolari consensi sugli organi specifici di senso, e sinergie tra altri,

d intossicazioni psichiche, cose tutte in grado di turbare quella equazione he domina il tono vasale, non sono state valutate ancora abbastanza, quali ccitatori di eczema. Parimenti nel sudore è stata segnalata la presenza dello zoto, dell'acetone, dell'acido malico, di pigmenti di gradazione diversa, del-'acido arsenioso del benzoico, ecc., di cristalli urici; un mondo di microrganismi vive sulla pelle la quale modificandosi potrebbe per avventura enderli patogeni. Ogni viscere, probabilmente, ad un dato momento, ha una erta influenza sui nervi e sugli umori organici. Senonchè noi ne sappiamo ncora troppo poco di tali reciprocità per poter escludere od accogliere erte correlazioni e per stabilire quali e quante sinergie concorrano alcune olte a provocare l'eczema e per quale via esse vi riescano. Non abbiamo mai ssistito, in 20 anni di serena osservazione, a nessuna trasformazione di dermatiti croniche, tipiche l'una nell'altra; solo dello eczema e della psoriasi ella dermatite esfogliativa; non ci siamo mai imbattuti in casi di vera metastasi; in soggetti vecchi reumatici, abbiamo potuto guarire bronchiti ed czemi diffusi, sorti ad un tempo, senza che il migliorare degli uni aggravasse le altre. Per la verità dobbiamo confessare che un'eczema facciale umido, soggetto a frequenti esacerbazioni, irritabilissimo, in soggetto molto nervoso, per sei a sette mesi sfidò le cure esterne ed interne di due colleghi, e poi le nostre, quelle che pur apparivano le più varie ed opportune, per cedere in modo rapido se non completo in brevi giorni alla applicazione di un vescicante alla nuca il quale per altro nelle ricadute non trovò più modo di agire.

Si trattò di revulsioni umorali o di benefico turbamento nervoso?

Le ricerche anatomiche di Colomiatti, Marcacci, Leloir; il vedere lo eczema abbastanza frequente nella nevrastenia, e quale conseguenza di *chocks* nervosi e psichici, e quale fenomeno riflesso da dentizione, gastro-enteropatie, ecc., e quale indizio di encefalopatie e di mielopatie, la simmetria, il prurito che gli formano scorta; la efficacia, che contro di esso sanno spiegare qualche rara volta i rimedii nervini, la cura elettrica, la metalloterapia denotano quanta parte vi è serbata al sistema nervoso.

Lewin, Gamberini, Kaposi, Leloir, Fox, ecc., vagheggiano una patogenia ervosa. Taluno ne incolpa più volentieri i nervi vasomotori (Neisser), altri Bulkley, Leloir, Schwimmer, ecc.) i trofici. Anche per gli eczemi professioali Blasko si vide costretto a presupporre una speciale sensibilità della elle. Ma, a rigore, non sappiamo se l'eczema sia da riferire ai vasomoori oppure ai trofici o forse ai sensitivi.

In diecine di malati di iperidrosi circoscritte e diffuse non ci si motravano traccie di eczema; altrettanto in malati senza numero di eritema olimorfo, in tre di edema acuto angionevrotico riflesso, in nessuno dei oltissimi di orticaria acuta subentrante e cronica. Nessuno lo ha registrato al seguito ed in forza di zoster quantunque pruriginoso o nevrodermiti. Quanto non sono poi rari ed eccezionali gli eczemi occasionati da anestesie, disestesie, parectesie isteriche o maniacali? Nessuno l'osservò d'accosto a quelle della lepra, della sifilide, ecc.

Mediante olio di croton, tintura di cantaridi, olio di senape previo digrassamento della pelle, strofinazioni su un'area cutanea pettorale colta da grave dermatologia; sopra pelle iperestesica in un altro soggetto; in più punti su due uomini sofferenti di orticaria e di dermagrafismo bianco non potemmo nulla ottenere oltre ad una espulsione eritematosa o papulo-

vescicolosa scevra quasi di prurito, destinata, quando non interveniva l'infezione piogena, a tramontare 24 a 48 ore appresso.

In ammalati di orticaria il prurito soddisfatto schiude la via all'eruzione, la quale rimane se ve la alimenta il grattamento. In soggetto affetto supponiamo di orticaria, in una località sulla quale manchi il prurito o col traumatismo o con una iniezione di acqua oppure di morfina in seno al derma, provochiamo l'edema del reticolo e magari del derma, ma questo edema di solito non è accompagnato dal prurito; provochiamo una paralisi vasomotoria, senza che la soggettività vi partecipi, tanto essenzialmente varia può essere nel suo meccanismo una parvenza cutanea. Il turbamento nervoso che presiede allo sviluppo di un eczema probabilmente non è semplice nè uguale per tutti i casi.

Dal sin qui detto scaturiscono le seguenti conclusioni:

1. È necessario fissare cosa s'intenda per eczema per non discutere inutilmente.

2. Vanno esclusi dallo eczema: l'eritrasma, l'eczema marginato, la stafilococcia (Wickham), il *morbus* Paget, la disidrosi, la micosi fungoide nel suo primo stadio, la tubercolosi cutanea qualunque sieno il suo stadio e la sua apparenza, le decise nevrodermiti, le cheratodermie comprese le cheratodermiti pur le più diffuse, l'eczematizzazione intesa nel senso di Brocq e Jacquet. L'eczema seborroico di Unna che può presentarsi acuto (Vidal) e su parti prive di ghiandole (prolabio, Dubreuihl) e che, nei suoi due primi stadii, nulla ha di comune collo eczema quale dalla generalità si comprende, e che non si tradisce là dove alla seborrea va pur congiunta la massima infiltrazione delle ghiandole sebacee e sudorali (Breda) ci sembra meritevole di un posto a sè.

3. Se si ami intendere per eczema « una dermite superficiale (enchidermatite), non contagiosa, polimorfa, pruriginosa, per lo più cronica e diffusibile e da causa interna, atta a dar recidive e non cicatrici » (Breda) non sentiamo di dover distruggere tutto che dettavano le teoriche dello erpetismo e dello artritismo: i concetti e lo indirizzo sperimentale di Gigot-Suard e di Quinquaud ci seducono (uricemia) molto più del parassitismo.

4. Disposizioni ereditarie od acquisite accrescentisi o via via meno infrenate, uno speciale trofismo o vulnerabilità della pelle in sè e rispetto ad organi interni, e di fronte a prodotti, che da essi provengono; potere vario di eliminazione dei diversi emuntori e loro solidarietà funzionale turbati, ecco la trama sulla quale la biochimica e la fisiopatologia avvenire dovranno tessere la etiologia del morbo.

5. La innervazione giuoca una importantissima parte nella genesi di uno eczema pur da causa esterna; tuttavia irritanti esterni, diretti da noi sopra pelli sulle quali erano lese, separatamente, le varie maniere d'innervazione, non sono stati capaci di darci uno eczema quale, in rarissimi soggetti, i rubefacenti e gli epispastici ecc. sanno pur provocare.

6. La medicazione revulsiva porge nell'eczema, sebbene in eccezionali casi, utili risultati.

Discussione

Dott. **P. De Mateis** (Torino): Tengo a far conoscere a questo illustre congresso che io fin dal 1888 ho istituiti temperamenti, comunicati alla Regia Accademia di medicina di Torino, mediante i quali ho potuto riprodurre prima su porchettini d'India (previa sterilizzazione delle parti), poscia sopra una bambina (nella parte destra dell'avambraccio) una eruzione eczematosa, versando sopra queste parti una coltura pura di microbacilli tolti da un eczema impetiginoso, svoltasi in un'altra fanciulla avuta in cura.

Questo fatto mi ha provato che l'eczema possa anche essere attribuito ad una infezione di micrococchi e che le cause irritanti in questo caso non sarebbero che cause predisponenti.

Il micrococco da me isolato non produceva suppurazione iniettato sotto la pelle, giacchè produsse eczema semplicemente soprapposto alla pelle; e ciò forse perchè è un microbo eminentemente aercbio come risulta anche dalle colture stesse.

Finalmente il fatto suaccennato lo deduco anche dalla contagiosità di certi eczemi impetiginosi, che io ho osservato svolgersi qualche volta anche sotto forma endemica e dai quali ho isolato anche microrganismi, ai quali si accompagnavano il micrococco piogeno aureo ed albo.

Prof. **C. Pellizzari** (Pisa): Fa notare che parlando dell'eczema vero non si deve dare importanza ai fatti suppurativi, i quali possono considerarsi come episodii della malattia, e dove la presenza dei germi della suppurazione deve considerarsi come secondaria; e fa notare al dottore De Mateis che vi possono essere dei folti eczemi impetiginoidi i quali possono ripetere come prima cagione i germi della suppurazione, ma questi non hanno niente che vedere con l'eczema vero. Egli si associa quindi con il relatore professore Schwimmer nel concludere che nello stato attuale della scienza noi non siamo autorizzati ad ammettere una etiologia parassitaria dell'eczema vero, perchè non è riuscito fin qui a dimostrare un parassita specifico. Ritiene importante la parte che il sistema nervoso ha nel meccanismo patogenetico prossimo determinante la forma locale: e credo che talora sarà soltanto la turbata funzione dei nervi periferici, tal altra una vera e propria alterazione materiale (forse anche venuta a poco a poco dopo ripetuti disturbi funzionali) quella che ci darà la spiegazione delle forme eczematose transitorie talora, tal altra persistenti, recidivanti ecc. Crede quindi che bisogni risalire ancora alla ricerca delle vere cagioni etiologiche, le quali secondo il suo parere possono essere varie. Ed egli ritiene logico che oggi si indirizzino le nostre ricerche anche per dare importanza alle svariate intossicazioni che si possono determinare nell'organismo umano per malattie infettive diverse, per malattie del ricambio, autointossicazioni ecc., e darci la spiegazione di fatti che si ripetono per anni, in periodi determinati ecc.

Prof. **A. Kaposi** (Vienne): On doit séparer premièrement les formes qui sont probablement causées par des micro-organismes, comme certaines formes de impetigo (*Impetigo contagiosa speciei* et *Eczema marginatum Hebrae*),

dans lesquelles le parasite, le plus souvent, est une complication, l'occasion étant très apte à l'implantation des micro-organismes.

Quant à l'eczéma typique, on sait qu'il peut être provoqué sur chaque individu normal, comme Hebra l'a démontré, par quelque cause chimique, calorique et dynamique. En dehors de cela, il ne faut pas oublier que Hebra a déjà démontré que les débilitations de la nutrition générale produisent une débilité de résistance de la peau contre les agents nuisibles externes; ils ne provoquent plus l'eczéma, si la nutrition est devenue normale; puis un eczéma provoqué sur un individu normal a pour conséquence une rébellion de la peau sur la voie des nerfs spinaux et vasomoteurs, et que, enfin, la débilisation de la nutrition générale est la conséquence de la perte d'albumine, etc., de sorte qu'il y a un cercle vitieux. Il vaut donc mieux de contempler l'eczéma comme une inflammation de la peau d'une démarche typique causable par différents moments chimique, calorique, etc., et possible d'être compliqué et suivi de différentes complications connues, et qu'il ne faut pas accepter des causes spéciales.

Prof. **A. Neisser** (Breslau): glaubt, dass die wesentlichste Schwierigkeit darin besteht sich zu verständigen darüber, was man « Eczem » nennen soll, ob die « affection eczémateuse » oder nur eine bestimmte Form, die als « maladie » herauszunehmen wäre. N. glaubt, dass letztere zur Zeit nicht zu construiren ist, weil weder klinisch noch aetiologisch genügend sichere Kenntnisse vorliegen. Auch Unna's Monococcen kann er nicht anerkennen.

Betreffs des Eczema Seborrhoicum glaubt er zwar nicht, dass es ein Eczema ist, noch dass es sichere und typische Beziehungen hat zur Seborrhoe, noch hält er alles das für diese Erkrankung, was Unna so nennt, aber er hält es für sicher, dass Unna mit Recht eine bestimmte Hauterkrankungsform besser fixirt hat, als das früher der Fall war. N. hält diese Krankheit für eine eigenartige Mycose, die allerdings leichter eczematös werden kann, als andere verwandte Krankheiten, z. B. die Psoriasis.

Als Ursachen kann N. nur äussere Ursachen zur Zeit anerkennen; alle Diathesen, Anämien, Bluterkrankungen, Nervosismus etc. kann er nur als Hilfsursachen ansehen, sei es für die Entstehung, sei es für die Fortdauer des Eczems. Die äusseren Ursachen sind eben mannigfach, wie die Ursachen der Entzündung.

Die impetiginösen Eczem-Stadien sind Mischinfektionen mit Staphylococcen, die aber mit der Impetigo contagiosa nichts zu thun haben; letztere ist eine infectiöse Epidermolyse durch einen noch unbekannten Infektionserreger, eine specifische Infektion der Haut.

Die Ausscheidung von chemischen Stoffen durch die Haut — als Ersatz für die der Niere — kann er nicht als Ursache ansehen. Er kennt keine Nephritis durch physiologische Ausscheidung von an sich unschädlichen Stoffen; demgemäss auch scheint die Entstehung einer Dermatitis auf diesem Wege sehr wenig wahrscheinlich.

Dr. **De Watraszewksi** (Warschau): W. kann Prof. Neisser nicht darin beistimmen, dass gewisse Diathesen oder Constitutionsanomalien Eczeme hervorzurufen nicht im Stande wären. Wir beobachten im Gegentheil bei scrophulösen Individuen, bei chlorotischen und anaemischen etc., bei an

Genitalaffectionen leidenden Weibern Eczeme auftreten, die der localen Behandlung widerstehen und evt. bei Berücksichtigung der allgemeinen Constitution respect. der in Rede stehenden Leiden rückgängig werden.

Verfasser hat zwei Fälle beobachtet, in den Patienten mit Wandernieren jedesmal einen eczematösen Ausschlag bekamen, sowie gewisse Irritationserscheinungen seitens der betreffenden Nieren auftraten (Schmerzhaftigkeit der Organe, Bluthamen).

Dieser Umstand wäre nicht anders aufzufassen, als dass gleichzeitig damit Secretionsanomalien in den Nieren die Ursache zum Auftreten des Eczems bildeten.

Dr. **O. von Petersen** (St. Petersburg): M. H. Ich möchte mich meinem Collegen Watraszewski anschliessen, in der Ansicht, dass wir die Frage der inneren Ursache doch nicht so kurz abweisen können: es kommt ja nur darauf an die richtige Benennung für die Rolle zu finden, welche die Veränderungen der inneren Organe anfraglich beim entstehen von Eczem spielen.

Dabei müssen wir der vicarirenden Thätigkeit der Haut gedenken. Arbeiten Lungen und Nieren nicht normal, so muss die Haut vicarirend erhöht arbeiten und wird dadurch derartig verändert, dass sie auf sonst gut vertragene Reize reagirt.

Somit spielen die inneren Ursachen doch eine gewisse Rolle, vielleicht wie der Nährboden eine Rolle spielt beim Erhalten von Culturen der Microorganismen.

Dr. **Barlow** (München): Es kann freilich nicht strikt bewiesen werden, dass Eczem aus inneren Ursachen entsteht, aber es gibt doch viele klinische Momente, die eine solche Ansicht nicht ohne weiteres abweisen lassen. Bei Diabetikern z. B. wird häufig das hartnäckigste Eczem prompt zum Schwinden gebracht, wenn die Zuckerausscheidung durch entsprechende Therapie aufhört. Sobald wieder Zucker im Harne erscheint, tritt das Eczem sofort wieder auf. Es scheint also, als ob eine absolut sichere Entscheidung über die vorliegende Frage heute noch nicht gefällt werden kann.

Prof. **Schwimmer** (Budapest): prende la parola di chiusura. Lui non consente coll'idea che esistano, nello eczema, microrganismi speciali, che producono un eczema tipico: si trovano però dei microrganismi diversi come dapertutto cocchi nelle malattie diverse, ma questi non devono esser riguardati come cause etiologiche dell'eczema. Quanto alle cause esterne di cui ha parlato Kaposi, lui non è dello stesso avviso dell'oratore, il quale dice che gli agenti irritanti possano produrre un eczema artificiale; questo è qualche volta solamente una dermatite cui può succedere un eczema cronico, altro no. Questo dimostra che la disposizione soggettiva è la vera cagione della malattia e la causa esterna soltanto l'agente accidentale.

Quanto all'influenza dei nervi, Schwimmer è dell'opinione che non si devono mai dimenticare i sintomi nervosi che accompagnano lo stato morboso anche se non si trova niente di patologico nelle ricerche anatomo-patologiche.

L'idea della diatesi accennatasi non può essere accettata esattamente perchè le malattie diverse possono accompagnarsi coll'eruzione dell'eczema,

e non corrisponde bene al riguardo la forma della malattia eczematosa come l'espressione di una affezione accidentalmente presente.

Breda: Io tengo a dichiarare che l'olio di croton, l'olio di senape ecc. non sono in grado di procurare eczema in tutti indistintamente gl'individui non solo, ma che non furono capaci di suscitare una eruzione polimorfa pruriginosa tendente alla cronicità neppure in tre gruppi di malati nei quali erano lese separatamente varie maniere di innervazione. I tre gruppi risguardavano soggetti malati di derma-iperestesia, di dermalgia e di dermografismo separatamente. Notisi che per gli esperimenti si erano scelti i punti di pelle più intensamente compromessi.

Dott. **A. Ravogli** (Cincinnati): Spesso mi è accaduto che un bambino affetto da eczema della faccia ha comunicato eczema alla mammella della madre, che un eczema della porzione anteriore della gamba si è comunicato alla porzione posteriore dell'altra, che un eczema è avvenuto sopra porzioni nella pelle dove eravi secrezione di materia purulenta. Questi fatti mi portarono a sperimentare se i microrganismi esistenti nel pus potessero essere la causa dell'eczema. Inoculai una cultura di staphylococcus pyogenes albus sopra la pelle delle orecchie di un coniglio dopo averla rasa dai peli, senza alcun risultato. Volli allora provare se producendo una infiammazione della pelle potessi ottenere miglior risultato. Con olio di croton pennellai la pelle delle orecchie fino alla vescicazione. Una orecchia fu allora inoculata colla coltura dello staphylococco, e l'altra lasciata a se stessa. Ambedue guarirono in cinque o sei giorni, però quella che fu inoculata collo staphylococcus circa dopo dieci giorni cominciò a presentare una infiammazione con vescicole e croste e marcata alopecia, che non dava dubbio alcuno alla forma eczematosa.

In conseguenza esaminai detrito tolto col cucchiaio tagliente da superfici eczematose e con coloramento di metil bleu potei trovare colonie di staphylococci uniti alle cellule epidermiche. Questo mi portò alla conclusione che la dermatite deve essere distinta dall'eczema;

Che quasi sempre la dermatite è causa di eczema come produttrice della materia purulenta;

Che lo stophylococcus pyogenes albus è uno dei fattori dell'eczema;

Che l'eczema in circostanze propizie può essere contagioso.

Dr. **F. Král** (Prag):

Ueber den Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten.

Der wahre Pleomorphismus der Pilze im botanischen Sinne, nämlich die von Tulasne entdeckte Pleomorphie der Fruktifikationsorgane und der damit nicht selten verbundene Generations- und Wirthswechsel, hat durch die Beobachtungen vieler Forscher mit De Bary an der Spitze, namentlich aber durch die fundamentalen Untersuchungen von Brefeld eine wesentliche Erweiterung erfahren und nunmehr auch eine sichere Basis gewonnen. Brefeld hat auf den einzuschlagenden Weg hingewiesen, wenn die Zugehörigkeit eines Sprosspilzes oder eines oidienbildenden Fadenpilzes in den Entwickelungskreis eines höheren Pilzes festgestellt werden soll. Nicht von

diesem oder jenem aus gelingt es, in künstlichen Kulturen einen Pilz mit höheren Fruktifikationsformen hervorzubringen, wohl aber umgekehrt. Brefeld hat dies unter anderen an *Collybia conigena* (Pers.) aus der Untergattung *Collybia* der Agaricinen schön gezeigt.

So weit sind wir bei jenen pathogenen Hyphomyceten, die uns vorwiegend interessieren, nämlich den für den Menschen pathogenen Hautfadenpilzen, vielleicht den Soorpilz ausgenommen, noch nicht gelangt.

Vorläufig haben wir von den höheren Entwickelungsformen, also von dem eigentlichen Pleomorphysmus des Achorion Schoenleinii, Trichophyton tonsurans, Microsporon furfur und minutissimum keine Kenntniss.

Selbst jenem kulturellen Pleomorphysmus der Hautfadenpilze, welcher Gegenstand der vorliegenden Mittheilung ist und den wir richtiger als Wuchs- und Formvariationen bezeichnen möchten, ist erst in jüngster Zeit, seit der allgemeineren Anwendung meiner einwandfreien Isolirungsmethode der Fadenpilze aus pathologischem Materiale, insbesondere von Plant, Mibelli, Marianelli und Sabrazès eine grössere Aufmerksamkeit zugewendet worden.

Die unmittelbare Veranlassung hierzu gab die von mehreren Autoren auf Grund von kulturellen und morphologischen, auf natürlichen oder künstlichen Substraten beobachteten Differenzen erfolgte Aufstellung einer Reihe neuer Arten des Achorion Schoenleinii und des Trichophyton tonsurans.

Achorion Schoenleinii weist häufig schon in den behufs Isolirung des Pilzes angelegten Platten ein makro- und mikroskopisch verschiedenes Verhalten auf, weshalb ich bereits 1890 empfohlen hatte, zur weiteren Uebertragung mikroskopisch möglichst differirende Mycelien auszuwählen. Diese Beobachtung wurde mehrseitig bestätigt. Die durch die saprophytische Anpassung bewirkten kulturellen und morphologischen Verschiedenheiten des Pilzes sind ebenso zahllos, wie die mögliche Variabilität der saprophytischen Lebensbedingungen, unter welche man die Entwickelung des Pilzes setzen kann. Wir werden auf solche Form- und Wuchsvariationen bei dem sich analog verhaltenden Trichophyton tonsurans etwas näher eingehen. Hier bei Achorion muss es der knapp zugemessenen Zeit halber versagt bleiben und es sollen nur die Variationen in's Auge gefasst werden, die mitunter schon bei der ersten saprophytischen Generation des Pilzes spontan sich einstellen können.

Diese Agardauerplattenkultur von Achorion Schoenleinii, welche ich mir zu demonstriren erlaube, wurde vor 13 Monaten derart angelegt, dass direkt aus einer Scutulumagarplatte im Doppelschälchen ein aus einem Keime hervorgegangenes Mycelchen, das mit den übrigen auf der betreffenden Platte vorhandenen identisch war, auf die Dauerplatte übertragen wurde. Man hätte erwarten können, dass aus dem Mycelchen, wie es in der Regel geschieht, ein einheitlicher Rasen hervorgehen würde. Das war nicht der Fall. Vielmehr bildeten sich nach und nach eine Anzahl von Rasen, die mit Bezug auf die Verschiedenheit des makro- und mikroskopischen Verhaltens nach den bisherigen Anschauungen mancher Autoren als verschiedenen Pilzarten zugehörig betrachtet werden müssten. Allein aus einem Keime kann weder in der Natur noch in der Kultur mehr als eine Art hervorgehen.

Der primäre central situirte Rasen hatte zu Beginn der Entwickelung mit seinen kurzen moosartigen Ausläufern fast das normale Aussehen. Letztere sistirten bald das weitere periphere Wachsthum im vegetationsfreien Substrat, wogegen im centralen Theile des Rasens die Conidienbildung in so

üppiger und dauernder Weise stattfand, dass sich der Rasen schliesslich von der Glaswandung loslöste, in Wülsten und Falten einige Millimeter hoch unter mehrfacher Zerreissung emporgedrängt wurde und nur noch durch die kurzen moosartigen Emissionen mit dem Nährsubstrate in Zusammenhang blieb. Dieser undurchsichtige gelbbraune nackte Rasen besteht ausschliesslich aus enormen Anhäufungen sehr kleiner Conidien, bloss an der Peripherie sind noch vereinzelte sehr kurze Conidienfäden sichtbar. Von diesem Rasen aus durchsetzen moosartige Ausläufer das Nährsubstrat bis an dessen äussersten Rand, stehen aber für das unbewaffnete Auge an der Grenze der Warnehmbarkeit. Das degenerirte, körnig zerfallene Mycel trägt einige wenige Conidien von dem vierfachen Durchmesser jener des primären Rasens. Rechts und unmittelbar von dem letzteren ausgehend hat sich ein mit spärlichem Luftmycel bedeckter, flacher, halbmondförmiger Rasen etablirt, der nicht durch moosartige Ausläufer begrenzt wird, sondern sich allmählich im Substrat verliert. Auch dessen Mycel ist degenerirt, dagegen sind sehr zahlreiche Conidien von der doppelten bis vierfachen Grösse der ersterwähnten Conidien vorhanden, die im Gegensatze zu diesen keine Anhäufungen bilden, sondern mehr weniger dicht nebeneinander gelagert vorkommen. Innerhalb dieses Rasens sieht man mehrere dunkle Stellen, die an der Oberfläche wegen des dichteren sie bedeckenden Luftmycels als weissliche Flecke hervortreten, gewissermassen secundäre Vegetationscentren. Innerhalb der Zone der kaum sichtbaren Ausläufer sind im durchfallenden Lichte zwei kreissegmentförmige Rasen von etwa 12 mm. grössten Durchmesser wahrnehmbar, die aus kurzen, vielfach verästelten und gewundenen Hyphen ohne Involutionsanzeichen bestehen, an welchen die Conidienbildung erst hier und da begonnen hat. Ausserdem finden sich in derselben Zone, gleichfalls im durchfallenden Lichte betrachtet, vier kleine schneekrystallähnliche Rasen vor, deren Mycel im centralen Theile bereits zerfallen ist. An den dicken peripheren Hyphen finden sich die grössten Conidien bis zum sechsfachen Durchmesser jener des primären Rasens vereinzelt vor.

Aus einer Achorionconidie ist demnach eine Reihe verschiedener Rasen hervorgegangen, die nach jeder Richtung hin wesentlich von einander differiren. Man kann diese Wuchs- und Formvariationen sogar durch Uebertragung auf frische Nährboden einige Generationen konstant erhalten, wodurch uns, wie ich andernorts ausgeführt habe, ein Mittel an die Hand gegeben ist, eine beliebige Anzahl von Achorion-Arten zu produzieren.

Im März 1891 erhielt ich durch die Liebenswürdigkeit des derzeitigen Vorstandes der dermatologischen Klinik in Cagliari, Herrn Giuseppe Mazza, damals in Genua, pathologisches Material von 10 Fällen von einer in einem Genueser Weisenhause zu jener Zeit herrschenden Trichophytie-Epidemie übersandt. Es handelte sich um 8 bis 12jährige Knaben mit Trichophytie des behaarten Kopfes von klinisch verschiedener Form. Das Material bestand aus Haarfragmenten von 0,5 bis höchstens 2,0 mm. Länge und aus Schüppchen. Die Rindensubstanz der Haarstümpfe war mit Conidien- und perlschnurartigen Conidienketten dicht erfüllt, hingegen auf der Cuticula Pilzelemente nicht auffindbar. Die Haarfragmente waren so spröde und leicht zerbrechlich, dass sie sich mit Kieselsäure vollständig bis zum makroskopischen Verschwinden verreiben liessen. Somit gelang es wie aus einem Favusscutulum auch aus trichophytischen Haaren zum ersten Male

mittels meiner Trennungsmethode und dem Plattenverfahren einwandfrei und nachweislich aus einem Keime herausgegangene Mycelchen zur weiteren Untersuchung zu gewinnen. Aus dem derartig behandelten Materiale von allen zehn Fällen, sowie von einem weiteren, einen Monat später hinzugekommenen Falle der Prager Dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Pick, ein 7jähriges Mädchen mit Trichophytie des behaarten Kopfes betreffend, entstanden in den angelegten 33 Agarplatten viele tausende von Mycelchen die auch nach längerer Beobachtungsdauer im Allgemeinen keine anderen als Grössendifferenzen aufwiesen, je nachdem sie in den Platten grösserer oder geringerer Verdünnung mehr oder minder zahlreich vorhanden waren. Ebenso wie es bei meinen Untersuchungen über Favus der Fall war, wurden auch hier zur weiteren Uebertragung solche aus einem Keime hervorgegangene zu Beginn der Entwickelung vorbezeichnete Mycelchen ausgewählt, die ein möglichst verschiedenes Aussehen hatten. Durch die Uebertragung von 99 derartigen Mycelchen aus den 33 Platten auf schräg erstarrten Agar wurden ebenso viele Pilzkulturen erster Generation erhalten, die makro- und mikroskopisch vollkommen übereinstimmten: glatter, nackter, lederartiger, nicht über das Substratniveau sich erhebender, rosa- bis karminrother Rasen mit schlichtem halbkugeligem Tiefenmycel. Bei successiven Uebertragungen auf demselben Nährboden wurde die Bildung des rothen Pigmentes immer geringer und verlor sich schliesslich ganz. Die Rasen nahmen dann eine schmutziggelblichweisse Farbe an.

Diese genauere Schilderung der Isolirung des Pilzes aus dem pathologischen Produkte soll darthun, dass einerseits im Krankheitsprodukte thatsächlich bloss eine einzige Pilzart unter Ausschluss irgend welcher anderer Fadenpilze vorhanden war und dass andererseits die Kulturen dieses Pilzes im einwandfreien Verfahren, von der isolirten Conidie aus gewonnen worden sind. Hierauf wird im Hinblicke auf die zu erörternden Wuchs- und Formvariationen dieses Pilzes ganz besonders Gewicht gelegt. Bei einer auf dem üblichen Wege der Aussaat ganzer Haarfragmente gewonnenen Pilzkultur wäre der Einwand berechtigt, dass später auftretende Wuchs- oder Formvariationen ihr Entstehen vielleicht dem Vorhandensein fremder Pilzsporen verdanken, die erst später zur Entwickelung kamen und dieser Einwand würde vom bakteriologischen Standpunkte aus nicht widerlegt werden können.

Auf die pathogenen Eingenschaften dieses Pilzes und auf dessen etwaige Identität mit den von anderen Autoren bei Trichophytie gezüchteten Pilzen soll hier nicht eingegangen werden. Die biologischen und morphologischen Eigenschaften finden nur insoweit Berücksichtigung als sie zu der an diesem Pilze beobachteten Wuchs- und Formvariationen in Beziehung stehen.

Dass der Trichophytonpilz unter sonst gleichen Bedingungen in Form, Farbe und Grösse seiner Rasen variirt, ist eine bekannte Thatsache. Allein auch auf demselben Nährboden verhält sich derselbe Pilz, wenn er früher unter anderen Ernährungsbedingungen gestanden ist, kulturell, und wie wir später sehen werden, auch morphologisch verschieden. Saet man gleichzeitig von 50 Tage alten bei 37° C. gehaltenen Bouillonkulturen und von ebenso alten bei derselben Temperatur gehaltenen Agarkulturen unseres Trichophytonpilzes auf Kartoffelscheiben aus, so entstehen auf diesem Nährboden im ersteren Falle goldbraune, im letzteren Falle dunkelkarminrothe Rasen. Auf Kokosscheiben werden schwarzbraune oder aber mörtelartige grauweissliche

Auflagerungen gebildet, je nachdem die Impfspur von einer Zuckerrübekultur oder von einer gleichalterigen Agarkultur herrührte. Das Alter der zur Aussaat benutzten Kultur hat ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf das neue Kulturbild. Bei Aussaat von einer 50 oder 75 Tage alten bei 37° C. gehaltenen Agarkultur auf Kartoffelscheiben erhält man die erwähnten dunkelkarminrothen Rasen; von Fragmenten einer 14 Tage alten auch bei 37° C. gehaltenen Agarkultur hingegen einen lichtgelben Rasen von der Farbe des Nährbodens.

Es treten indessen Wuchsvariationen des Trichophyton in demselben Nährboden auf, ohne dass wir solche vorläufig mit bestimmenden Einflüssen in Verbindung zu bringen vermögen. In Agarplattenkulturen, wenn sie in Form von Dauerkulturen gegen Eintrocknen geschützt, eine unbestimmt lange Zeit erhalten und beobachtet werden können, entwickeln sich wie bei Achorion früher oder später, an einzelnen Stellen innerhalb des primären Rasens oder von der Peripherie desselben aus, neue Vegetationen von nicht selten bizarrem Aussehen, einer Verunreinigung durch einen fremden Pilz ähnlich und dennoch blos Morphen des ausgesäten Pilzes. Eine derartige Agarplattendauerkultur des Trichophyton erlaube ich mir vorzulegen. Sie ist am 4. Juni 1891 angelegt worden und bietet heute noch dasselbe makro- und mikroskopische Aussehen dar, wie vor 33 Monaten.

Im durchfallenden Lichte sind zunächst an mehreren Stellen innerhalb und ausserhalb des normalen Rasens mehrere sekundäre Vegetationscentren als undurchsichtige, 1 bis 2 mm. breite Knoten wahrnehmbar. Im unteren Theile des Rasens ist ein Bündel dicker radiärer Strahlen sichtbar, während links eine Protuberanz die periphere Zone des Rasens segmentartig durchsetzt und sich in der freien Agarfläche nach allen Seiten hin ausbreitet und fast einen grösseren Raum des Nährsubstrats okkupirt hat, als der primäre Rasen. Es sind demnach aus einem Keime unter Entwickelungsbedingungen, die, soweit sie unter unserer Kontrole stehen, als gleiche gelten müssen, wie verschiedene Wuchsformen desselben Pilzes hervorgegangen. Noch mannigfaltiger ist das Wachsthum des Pilzes auf der Zuckerrübe. Auf ein und demselben Rübenkeile können schwarzrothe, schwarzbraune oder isabellengelbe Rasen entstehen, die sich früher oder später mit braunem, mausgrauem, gelblich weissem oder schneeweissem Luftmycel bedecken oder auch nackt bleiben.

Die Kenntniss von den Variationen der kulturellen Eigenschaften der pathogenen Hautfadenpilze dürfte in Zukunft bei der Aufstellung neuer Arten auf der alleinigen Grundlage inniger kulturellen Differenzen hin, und wenn sie selbst so weitgehend wären, wie die eben besprochenen, eine gewisse Zurückhaltung auferlegen.

Indessen sind diese Variationen nicht die einzigen und auch nicht die wichtigsten. Wichtiger sind die morphologischen Abweichungen, die zumeist mit den kulturellen Hand in Hand gehen.

An der demonstrirten Trichophytonplatte sieht man mit schwacher Vergrösserung, dass das schlichte Randmycel des primären Rasens von normalem Aussehen aus langen ziemlich gerade verlaufenden Hyphen besteht, an welchen nur hier und da eine Conidie — kaum eine oder zwei im Gesichtsfeld — aufgefunden werden kam, wogegen das aus kurzen, vielfach gekrümmten und verworrenen Hyphen bestehende Mycel eines der sekundären

Rasen, der Protuberanz, mit Conidien — hunderttausende pro Gesichtsfeld — förmlich besät ist.

Die Grösse der Coccidien schwankt innerhalb derselben Kultur nach dem Alter der ersteren und der letzteren. Die am frühesten gebildeten Conidien in der oberen Schichte des centralen Theiles einer Agarkultur sind namhaft grösser, als die in der tieferen Schichte vorkommenden jüngeren Conidien. In Kulturen auf verschiedenen Nährboden ist auch die Grösse der Conidien eine verschiedene. In Agarkulturen bildet unser Trichophyton die grössten Conidien; sie haben einen mittleren Durchmesser von 12 μ, können aber unter gewissen Bedingungen auch einen solchen von 20 μ erreichen. Untersucht man die oberste centrale Schichte einer 15 Tage alten bei 37° C. gehaltenen Agardauerplatte, so finden sich blos Conidien von 3 bis 4 μ Durchmesser vor; dieselbe Schichte derselben Kultur besteht nach 35 Tagen bei 37° C. aus Conidien von 10 und mehr μ Durchmesser. Die unter sonst gleichen Bedingungen in Kartoffelkulturen gebildeten Conidien sind in der Regel kleiner, als jene in Agarkulturen, noch kleiner sind sie in Kokosscheibenkulturen. Die kleinsten Conidien entstehen in Blutserumkulturen. Ihr Durchmesser übersteigt selten 4 μ.

Was von und seit Gruby über das Vorkommen von kleinen und grossen Sporen des Trichophytonpilzes bei verschiedenen klinischen Formen oder Lokalisationen der Trichophytie beobachtet worden ist, hat in jüngster Zeit durch die von Majocchi und von Marianelli festgestellte Thatsache, dass sich der Trichophyton gigas und der T. gracilis an einem und demselben Individuum, an derselben oder an verschiedenen erkrankten Oertlichkeiten entweder gleichzeitig oder aufeinanderfolgend vorfinden können, eine dankenswerthe Beleuchtung erfahren. Sabouraud glaubte auf Grund kultureller und morphologischer Differenzen zwei verschiedene Pilzgruppe: Trichophyton megalosporon und microsporon mit zahlreichen Unterarten aufstellen zu müssen. Marianelli weist dagegen auf die von ihm beobachtete kulturelle und morphologische Inkonstanz des Trichophytonpilzes und ihre wahrscheinlichen Ursachen hin und hält die Multiplizität des Trichophyton, wenigstens insoweit es die menschliche Trichophytie betrifft, für nicht erwiesen. Die von mir angeführten Untersuchungsergebnisse stehen im vollen Einklang mit den Beobachtungen der italienischen Forscher. Wir können aus einem einwandfrei isolirten Trichophytonpilze Kulturen mit kleinen oder mit grossen Sporen, Kulturen von verschiedenster Farbe und Gestalt auf demselben Nährboden erzeugen. Es steht daher in dem Belieben des Experimentators aus einer Trichophytonconidie die beiden Gruppen von Trichophyton megalosporon und von T. microsporon mit einer endlosen Zahl von Unterarten hervorgehen zu lassen.

Hiermit sind die variabeln Eigenschaften unseres Trichophytonpilzes nicht erschöpft. Es sei gestattet, noch eine derselben kurz zu berühren. Wie wir schon aus dem makroskopischen Befunde der verschiedenen Kulturen entnehmen konnten, bewegt sich die Pigmentproduction der Trichophytonzelle je nach dem Alter der Kultur, je nach dem Nährboden, aus welchen wir aussäen und je nach dem Nährmedium, von welchem die Aussaat stammt, innerhalb weiter Grenzen. Dasselbe gilt für das chemische Verhalten des Farbstoffs.

Bei der Untersuchung mittels Immersion einer 12 Tage alten Kartoffelkultur, die von einer 57 Tage alten Bouillonkultur aus angelegt worden

war, erscheint der geformte Inhalt der Conidien- und der Hyphenzelle topazgelb, von derselben 30 Tage alten Kultur dunkelgelbbraun, von derselben 50d alten Kultur rosa- bis dunkelkarminroth. Bringt man, ohne das Auge vom Okular zu entfernen, ein Tröpfchen einer 10 proz. Kalilauge an den Rand des Deckgläschens, so verändert sich die topazgelbe Farbe der 12 Tage alten Kartoffelkultur plötzlich in dunkelkarminroth, um nach wenigen Augenblicken in ein blasses schmutzig-roth überzugehen, in welchem Farbenton die Membranen eine längere Zeit verharren. Die Granula hingegen treten in dunkelblauer Farbe scharf hervor, so dass deren Zahl, Grösse und Gestalt, in den Conidien und in den Hyphengliedern genau festgestellt werden kann. Noch ausgeprägter tritt diese Reaktion an den dunkelbraun gefärbten Pilzelementen der 30 Tage alten Kartoffelkultur auf, wo hingegen bei den 50 Tage alten Kartoffelkulturen die jetzt überwiegend farblosen Conidienmembranen und deren rosen- bis dunkelkarminrother gekörnter Inhalt eine Reaction auf Kalilauge überhaupt nicht mehr geben. Der gekörnte Inhalt der Conidien und Hyphen einer Kartoffelkultur, die von einer 75 Tage alten Agarkultur aus angelegt wurde, besitzt eine bräunlichgelbe Farbe, die sich auf Kalilaugezusatz in karminroth verwandelt, jedoch nehmen die Granula später blos einen bläulichen Ton an. In manchen gleichalterigen Kartoffelkulturen, die aber aus einer 50 Tage alten Agarkultur hervorgegangen sind, haben die Conidien einen intensiv karminrothen Inhalt, der keine Reaktion gibt, in anderen hat der Conidieninhalt eine bräunlich-gelbe Farbe, die durch Kalilauge noch in rosa verwandelt wird.

Gleichalterige Kartoffelkulturen, aus 14 Tage alter Agarkultur hervorgegangen, verhalten sich völlig indifferent gegen Kalilauge. Der farblose feingranulirte Inhalt der kleinen Conidien in den trockenen mörtelartigen grauweisslichen Auflagerungen, welche durch Aussaat von Agarkulturen auf Kokosscheiben gebildet werden, färben sich durch Kalilauge indigblau.

Die gewonnenen Resultate können mit wenigen Worten praecisirt werden:

Es berechtigen selbst weitgehende Wuchs-, Form-, Pigment- und reaktive Variationen an und für sich — ein identisches pathogenes Verhalten innerhalb gewisser klinischer Grenzen vorausgesetzt — noch nicht zur Aufstellung von neuen Arten der pathogenen Hautfadenpilze.

Dott. **A. Ducrey** e dott. **A. Reale** (Napoli):

Nuova contribuzione sperimentale allo studio dell'erythrasma.

Conclusioni

Dallo studio degli Autori risulta:

1. Che mentre nelle squame raccolte da chiazze di erythrasma il microscopio dimostra con costanza la presenza di spore minime e di micelii sottilissimi, coi caratteri del microsporon minutissimum, nelle squame raccolte da cute sana od affetta da qualcuna delle comuni dermatomicosi (pitiriasi vercicolore, erpete tonsurante, favo) non riesce dimostrabile con chiarezza ed abbondanza la presenza di quegli stessi elementi.

2. Non ostante l'incertezza in cui si resta col semplice esame microscopico, la presenza anche sulle squame provenienti da cute sana e da quella affetta da pitiriasi versicolor di elementi atti a dare, sopra speciali sustrati nutritivi, lo sviluppo di funghi a spore minime e micelii sottili, è con evidenza dimostrata dal risultato positivo delle colture.

3. Lo studio biologico di questi microfiti ottenuti in colture pure da squame di cute sana o affetta da pitiriasi vescicolare autorizza a ritenere trattarsi precisamente delle stesse varietà sviluppatesi negli insemenzamenti eseguiti con squame di erythrasma, salvo qualche lieve differenza cui non parrebbe potersi accordare soverchia importanza.

4. Nelle colture praticate da squame raccolte da chiazze di erpete tonsurante o di favo (forma erpetica) non ci è occorso di ottenere lo sviluppo di funghi ad elementi minimi.

5. Quelli fra i tentativi di trapianto sull'uomo eseguiti con le colture del fungo *a* e *b*, che ci avevano lasciato sperare in una probabile riproduzione della forma, dei quali si fece parola nella nostra prima comunicazione, hanno anch'essi condotto a risultati negativi.

6. Negativi del pari ci sono riusciti tutti gli altri tentativi di trapianto eseguiti sull'uomo con le colture delle tre varietà di funghi ad elementi minimi, sia che provenissero da squame di erythrasma, sia da cute sana e da cute affetta da pitiriasi vercicolore.

7. Non ci è stato possibile, anche con diretto trapianto di squame raccolte da chiazze di erythrasma riprodurre, almeno sin oggi, la forma clinica di esso.

8. Con grandissima probabilità, il fungo dell'erythrasma si trova normalmente sulla cute dell'uomo senza determinarvi alterazioni apprezzabili, avendo bisogno di speciali condizioni di umidità, di luce, di decomposizione dei prodotti della cute stessa, ecc., condizioni non facilmente determinabili, per assumere sviluppo abbondante e dare consecutivamente luogo a quella forma clinica ben definita, conosciuta sotto il nome di *erythrasma*.

Dr. **A. Eddowes** (London):

The treatment of ringworm.

Conclusions

1. That when it is properly treated, children should be allowed to attend school.

2. We should not impair the physiological functions of the skin, though we may stimulate them.

3. That the scalp should be, at least from time to time, thoroughly cleansed, so that our remedies may come into perfect contact with the skin.

4. Air should be excluded as much as possible.

5. Mercurial, and other poisonous preparations, though frequently very serviceable, should be applied to large surfaces with great caution, and never for a long period together without close supervision.

6. It seems unnecessary to employ remedies in such a manner as to cause pain.

7. That it is wise to treat the whole scalp in nearly every case at first, and to pay special attention to rebellious patches later on.

8. That epilation is almost useless, and probably, when left to nurse or mother, often worse than useless.

9. Success depends more upon skill and management than upon the employment of any particular remedies.

He expressed the opinion that for the worst class of cases Unna's method was superior to Croton oil as recently advocated by some well known authorities.

Dr. **P. S. Abraham** (London):

A new method of treating obstinate parasitic diseases of the scalp by the application of parasiticides under pressure.

It is a common experience in the treatment of parasitic diseases of the scalp, that although many cases can be easily cured by the application of germicide unguents, and liquids, other cases resist treatment to an extraordinary extent. One reason no doubt lies in the fact that in such cases the fungus is deeply situated in the hair follicles, and that it is not always easy to bring the remedy into contact with it. Various penetrating vehicles have been from time to time suggested, but none of them have been in my experience always successful.

It seems to me that a satisfactory method would be to keep the epidermis and follicles as far as possible saturated with the germicide, and it occurred to me a few months ago that a plan might be adopted, by which this might be effected, similar to that employed for creasoting logs of wood for railway sleepers, etc. I accordingly devised the apparatus which I now have the honour to exhibit to the Section; it consists of a bell-shaped glass, open at the bottom, and with two openings closed by stopcocks above. Into one of the latter an exhaustive syringe can be fixed, and in the other a tube to contain the antiparasiticide fluid. The rime at the bottom of the bell is covered by a ring-pad of india-rubber. I use it in the following manner: the scalp is shaved, well washed with hot water and soft soup, then with alcohol, and lastly with ether, to free the follicles as far as possible from fatty secretions, etc. The apparatus is then applied, a partial vacuum produced by means of the syringe, of which the stop-cock is then closed. No other stop-cock is now opened, and the liquid allowed to enter under the peripheric pressure, fall upon the portion of scalp enclosed in the bell. This proceeding is repeated several times until I believe that the tissues must be well suturated. Hitherto, I have only applied the apparatus about 2 h. in the week; but I believe that, with care, it can be used oftener; it seems to be well borne by children, and I have seen no bad results, up to the present time, in any of the 25 cases of obstinate trichophytia in which I have employed this method. Several of the cases, which have resisted various remedies for many months, have been cured in a few weeks, the others are now manifestly improving under the treatment; I should mention that during the intervalls of the application, I keep the scalp thoroughly rubbed with a salicylic and carbolic ointment. The antiparasiticide fluid that I have

chiefly employed in the apparatus has been ordinary creosote; one case did well with oil of cedar, but I am not yet satisfied, as to the best fluid to use.

Prof. D. **Majocchi** (Bologna):

Sul fungo della tricomicosi nodosa.

Premessa la descrizione dei peli della *tricomicosi nodosa* ed esposte le diverse opinioni intorno alla natura dei nodi si ferma brevemente a parlare del fungo (Trichomyces) produttore della malattia; poco conosciuto nella sua morfologia, e coltivato soltanto dal Renoy a Lyon.

Descrive il metodo da lui seguito nel praticare la cultura, servendosi principalmente di mezzi acidi, e lavando le colonie germinali, appena iniziate nel loro sviluppo, in una soluzione di acido fenico (al 5 per cento), e poi frammentate queste, ha praticato culture piatte in agar-agar (capsule di Petri). Il risultato è quasi sempre positivo; dappoichè dopo cinque o sei giorni, che queste furono nel termostato a 37°, sviluppano colonie migliariformi e lenticolari gialline di aspetto raggiato alla periferia. Da queste si ottengono i trapianti puri in tubi di agar-agar, o di gelatina.

Descritti brevemente i caratteri delle colonie nei diversi mezzi nutritivi, si ferma sull'esame microscopico delle medesime, e quindi viene alle seguenti conclusioni:

1. La *tricomicosi nodosa* è una malattia piuttosto frequente nei peli dell'ascella, dello scroto e del pube; più rara nella barba.

2. La tricomicosi nodosa è una malattia parassitaria prodotta da un fungo che forma nodi raggiati negli strati cuticolari e corticali del pelo, provocando più tardi la rottura di questo.

3. Le colture del fungo riescono bene in mezzi acidi e dopo questo trattamento: facendo colture piatte si passa all'isolamento in tubi di agar-agar e di gelatina. Il risultato di solito riesce positivo dando cultura pura.

4. Gl'innesti fatti col prodotto delle culture sopra i peli dell'ascella solo in un caso avrebbero fatto sospettare il risultato dell'attecchimento come si poteva rilevare dalla presenza di minimissimi gruppi di spore, aderenti alla cuticola di alcuni peli: però non fu visto ancora lo sviluppo degli ordinarii nodi della *tricomicosi*. Su questo punto sono necessarie ulteriori ricerche.

5. Il fungo della tricomicosi può nel momento denominarsi genericamente *Trichomyces* e meno esattamente *Trichosporon ovoides* (Berhend).

6. Il trichomyces non è un vero *ifomiceto* ma più probabilmente esso appartiene alla classe dei *Blastomiceti* (*Blastomyces* della trichomicosis).

7. I rimedii più utili per attaccare il fungo sono l'acido salicilico e lo zolfo, combinati insieme, previa la rasatura dei peli.

Dott. G. **Ciarrocchi** (Roma):

Su di un caso di tricomicosi nodosa.

L'oratore descrive un caso di tricomicosi nodosa del baffo destro, da lui osservato in un uomo di circa 40 anni.

L'infermo aveva vissuto parecchio tempo in Colombia, da dove era tornato da un anno. I peli del baffo presentavano un colorito grigio sporco, taluni erano grossi a superficie scabra, altri presentavano lungo lo scapo come coroncine di pallottole poste a breve distanza le une dalle altre, grandi quanto un grano di miglio o tutt'al più una testa di spillo. Tali produzioni erano d'una durezza lapidea, e con grandissima difficoltà si riusciva a strapparle dai peli. Offrivano questo di particolare, che non alteravano la compattezza e la resistenza del pelo, e non se ne vedevano mai alla base di esso, ma solo cominciavano a vedersene ad un centimetro circa di distanza dalla cute.

L'oratore potè guarire completamente e rapidamente il paziente tagliando a fior di pelle tutti i peli malati, senz'altro trattamento terapeutico. Potè constatare la rapidità con la quale la malattia ricompare se non si ha cura di allontanare tutti i peli malati: essa è veramente meravigliosa; infatti, dopo il primo taglio accuratissimo di tutti i peli visibilmente tricomicotici, furono sufficienti dodici giorni per rivedere tutta la metà interna del baffo destro ripiena di noduli come da principio: ciò, evidentemente, dipendeva dall'aver trascurato di tagliare qualche pelo contenente pochi elementi del trichomyces.

L'oratore passa quindi a descrivere la struttura istologica dei noduli, e i rapporti, che essi hanno con i tessuti del pelo. Egli non ha trovato mai nei numerosi tagli trasversi di peli tricomicotici esaminati al microscopio, che il fungo oltrepassasse la cuticola. Presenta esemplari di peli malati, ed illustra parecchi preparati istologici, dimostranti la disposizione a raggiera delle spore.

Le culture del Trichomyces riescono facilissime tanto in agar-agar, che in gelatina: l'oratore è riuscito persino ad aver culture pure infiggendo un nodulo in un tubo di agar-agar: in tutti i casi, del resto, bastavano pochi passaggi per ottenere culture purissime del fungo. Descrive i caratteri delle culture, che egli ha fatte in agar-agar e in gelatina-peptone.

Ha tentato di riprodurre la malattia, spalmando i prodotti delle sue culture sul capo di alcuni infermi dell'ospedale, particolarmente su bambini. I risultati sono stati sempre negativi. Ha fatto anche un altro esperimento: sterilizzata accuratamente una ciocca di capelli di donna dentro una comune provetta, ha empito questa a metà di agar-agar, facendo in modo che la ciocca dei capelli per metà fosse immersa nell'agar e per l'altra metà rimanesse libera: poi, dopo alcuni giorni, assicuratosi bene della completa sterilizzazione ottenuta, ha praticato un innesto di Trichomyces nell'agar-agar. Con lo sviluppo successivo, il fungo è salito lungo i peli liberi al disopra dell'agar, tanto da avvolgerli completamente, ma veri noduli di tricomicosi nodosa non è riuscito all'oratore di vederne.

Prof. **S. Giovannini** (Torino):

Sulle alterazioni istologiche della depilazione elettrolitica.

Ho intrapreso una serie di ricerche allo scopo di mettere in chiaro le alterazioni istologiche, immediate e successive, causate dalla depilazione elettrolitica.

Le ricerche sono state fatte esclusivamente sulla cute pelosa di soggetti viventi; la regione prescelta si fu, nel più dei casi, la superficie esterna delle gambe.

La depilazione elettrolitica venne praticata secondo il metodo oggidì in uso L'intensità della corrente variò da due a cinque milliampères. La durata del passaggio della corrente stessa oscillò da 20″ a 1′.

Le ricerche vennero fatte sinora su ventuno soggetti. La cute venne escisa ora appena praticata la depilazione, ora dopo un certo tempo da questa, tempo che si estese da un giorno sino a due mesi.

Ecco in breve i risultati di questo studio:

I. All'esame della pelle, escisa subito dopo la depilazione, si trova che, in genere, le cellule epiteliali non corneificate sono specialmente sensibili all'azione della corrente. In un grado leggiero di alterazione, esse presentano soltanto un raggrinzamento ed uno scoloramento del nucleo; in un grado massimo di alterazione risultano completamente disfatte e ridotte ad una specie di poltiglia. Per contro, la resistenza maggiore è offerta dalle fibre connettive.

Nei singoli follicoli pilari, l'azione della corrente si fa risentire in ispecial modo sulla loro porzione inferiore, corrispondente alla matrice ed al collo del pelo.

In un buon numero di casi, la matrice e il collo del pelo, insieme alla relativa porzione delle guaine radicali, sono completamente distrutte: scomparsa è pure la papilla, in una colla porzione di follicolo corrispondente alle parti del pelo distrutte.

Negli altri casi, la parte inferiore dei follicoli esiste ancora, ma di solito ristretta e raccorciata; esiste pure la papilla, ma per lo più rimpicciolita e deformata. In questi follicoli si trova ancora la matrice e il collo del pelo, ma con lesioni ora più, ora meno gravi; anche laddove queste parti sono meglio conservate, le mitosi sono d'ordinario del tutto scomparse.

L'azione dissolvente della corrente si estende più o meno ai tessuti circostanti all'ago. In varii peli quest'azione trovasi ben manifesta per un raggio di circa un quarto di millimetro.

Grazie a ciò, ha luogo la distruzione della matrice e del collo del pelo anche quando, come succede abbastanza spesso, l'ago non attraversa direttamente queste parti, ma le accosta soltanto. Avviene pure che una sola introduzione di ago riesca talvolta a distruggere completamente la matrice e il collo di due peli vicini.

Le glandole sebacee dei peli operati offrono d'ordinario alterazioni del loro epitelio e sono ridotte di volume e deformate; il grasso ne è sovente sparso, parte all'interno dei follicoli rispettivi, parte nel connettivo circostante.

Le glandole gomitolari, in prossimità dell'ago, presentano non di rado il loro epitelio più o meno completamente disfatto e il loro tubulo sensibilmente assottigliato.

Nel connettivo interposto ai follicoli operati si osservano numerosi vani di varia forma ed estensione. Vani analoghi, ma più piccoli, si rinvengono talvolta qua e là anche nelle masse epiteliali disciolte dell'interno dei follicoli e delle glandole sebacee.

Alla superficie cutanea, lo strato di Malpighi immediatamente circostante all'ago si trova, per una certa estensione, in preda alle alterazioni regressive di vario grado; queste alterazioni si accompagnano per lo più a sollevamento dello strato corneo ed alla formazione di setti verticali analoghi a quelli che si osservano nelle vesciche.

II. Nei giorni successivi alla depilazione si osserva quanto segue:

Le alterazioni cellulari causate dall'elettrolisi sono ancora evidenti dopo un giorno, e soltanto dopo tre giorni si trova che gli elementi mortificati sono stati in gran parte eliminati. Quanto ai vani formatisi nel connettivo del corion durante l'azione della corrente, essi conservansi, in alcuni punti, ancora ben evidenti, sino a due mesi dopo.

Poco dopo la depilazione ha luogo, in corrispondenza del percorso dell'ago, una infiltrazione di leucociti, per lo più di lieve grado, la quale a capo di un giorno ha raggiunto il suo massimo di estensione.

In seguito, questa infiltrazione va gradatamente scemando, sicchè dopo sedici giorni o non esiste più affatto, o lascia di sè soltanto lievi traccie.

Laddove esistono ancora, le membrane connettive della parte inferiore del follicolo si riducono più o meno rapidamente su loro stesse. Dopo ventisei giorni dalla depilazione, esse non distinguonsi più che in pochi follicoli e dopo un mese e mezzo di esse non se ne ha più traccia alcuna.

Al posto del follicolo distrutto si trova d'ordinario un connettivo che si differenzia da quello normale per la sua maggior ricchezza in cellule fisse e per la tendenza che, sulle sezioni trasversali, mostrano i suoi fasci a disporsi circolarmente. Alcuni pochi follicoli vengono chiusi da questo connettivo mentre presentansi ancora ampii e colla vitrea inspessita.

Quanto alla parte superiore del follicolo, corrispondente alla porzione radicale del fusto del pelo, alcune volte già dopo sedici giorni trovasi essa pure chiusa da connettivo di neo-formazione a modo da essere ridotta dalla metà ad un terzo della sua altezza; altre volte invece dopo due mesi mantiensi ancora inalterata.

Le alterazioni dello strato malpighiano in capo a nove giorni sono riparate.

La porzione di follicolo rimasta pervia, dopo sedici giorni appare per tutta la sua estensione rivestita di epidermide, questa sostituendosi così a tratti più o meno estesi della guaina radicale esterna. Nell'epidermide di questi resti di follicolo lo strato malpighiano si presenta assai sottile; lo strato granuloso risulta, per contro, relativamente alto; lo strato corneo vi è, per solito, disunito e in via di evidente desquamazione.

Le glandole sebacee dei follicoli operati si abbandonano nel più dei casi ad un progressivo rimpicciolimento, al tempo stesso che il loro epitelio cessa dal produrre grasso; in capo a sedici giorni, nella maggior parte dei follicoli non si ha più traccia di queste glandole. Dopo questo tempo, alcune poche glandole sebacee, vicine ai follicoli operati, trovansi ridotte a cavità interamente rivestite di epidermide, in tutto analoga a quella che ricopre l'interno del tratto di follicolo rimasto pervio.

Delle lesioni delle glandole gomitolari se ne conserva traccia sino a due mesi dopo la depilazione. In capo a questo tempo osservasi infatti che il tubulo dei gomitoli è in più luoghi inegualmente ristretto, che la membrana propria ne è notevolmente inspessita, e che le cellule epiteliali che lo

rivestono, oltrechè alterate nella forma e nella disposizione, presentano un nucleo più intensamente colorito dell'ordinario.

Riguardo al modo di comportarsi della cariocinesi, va notato che nel terzo giorno successivo alla depilazione, le cellule connettive del derma e quelle epiteliali, tanto della guaina radicale esterna, che delle glandole gomitolari, si rinvengono in gran numero in scissione indiretta. Dopo nove giorni le mitosi trovansi un po' meno numerose e dopo ventisei giorni sono già rare. Alla fine del secondo mese, nello strato epiteliale che riveste gli infossamenti residui ai follicoli operati, le mitosi non sono più numerose che nell'epidermide normale; e può quindi affermarsi non esservi nell'epitelio stesso alcun accenno alla rigenerazione di un pelo nuovo.

A dimostrazione di alcuni dei fatti esposti, il relatore presenta diverse microfotografie.

Quinta Seduta.

3 Aprile 1894, ore 9.

Presidenti: Prof. Malcolm Morris (*Londra*) assistito dal prof. Scarenzio (*Pavia*) dalle 9 alle 11; prof. de Petersen (*Pietroburgo*) assistito dal prof. Breda (*Padova*) dalle 11 alle 13.

RELAZIONE.

Interpretazione da dare al sarcoma primitivo idiopatico pigmentoso della cute e sua nomenclatura.

Prof. **M. Kaposi** (Wien), **Referent:**

Ich habe die im angeführten Thema an mich gestellte Aufgabe in dem Sinne aufgefasst, dass es erwünscht sei, zu untersuchen, ob und in welchem Maasse die von mir so genannte und im Jahre 1870-1872 zuerst beschriebene (*Hebra-Kaposi*, Handbuch der Hautkrankheiten, II. Th., pag. 469 et seq.) Hautkrankheit in Allem u. Jedem in der von mir gewählten Benennung sich ausdrückt, oder ob nicht in der Nomenclatur etwas enthalten sei, was dem Charakter und der Wesenheit des Prozesses nicht ganz entspreche.

Es sind also offenbar in den angedeuteten Richtungen Zweifel erwacht und wir sollen hier trachten dieselben zu zerstreuen oder durch sie zur Erforschung der besseren Wahrheit bewogen werden.

Die Krankheit, um die es sich hier handelt, ist Ihnen bekannt. Ich zeige Ihnen hier die Abbildung des ersten Falles meiner Beobachtung von 1868, nach dessen histologischer Untersuchung und Necroscopie und unter Verwertung von vier anderen darauf gefolgten Beobachtungen ich folgende kurze Charakteristik der Krankheit (l. c. p. 473) gegeben habe.

Es entwickeln sich in der Haut ohne bekannte allgemeine oder locale Veranlassung schrottkorn-, erbsen- bis haselnussgrosse, braunroth bis blauroth gefärbte Knoten.

Ihre Oberfläche ist glatt, ihre Consistenz derb-elastisch, manchmal schwellend, wie ein Blutschwamm. Sie stehen isolirt und ragen dann, wenn grösser geworden, kugelig hervor. Oder sie gruppiren sich und bleiben mehr flach. In letzterem Falle involviren sich die centralen Knoten der Plaque und veranlassen da eine *narbige*, dunkel pigmentirte Depression. Sie entstehen regelmässig zuerst an der Fusssohle und auf dem Fussrücken, bald darauf auch auf den Händen und sind an diesen Organen auch in der grössten Zahl entwickelt und mit diffuser Verdickung der Haut und Entstellung der Hände und Füsse gepaart. Im weiteren Verlaufe erscheinen isolirte und gruppirte Knoten, aber immerhin in geringerer Zahl und in unregelmässiger Anordnung auch an den Armen und Beinen, im Gesichte und am Stamme. Die Knoten können sich theilweise atrophisch involviren. Sie ulceriren, wie es scheint, erst spät oder richtiger, es entsteht Gangrän an ihrer Stelle. Die Lymphdrüsen sind nicht erheblich geschwellt.

Endlich kommt es auch zur Bildung der gleichen Knoten auf der Schleimhaut des Kehlkopfes, der Trachea, des Magens und Darmes, besonders reichlich des Dickdarmes, bis herab an den After und zu Knoten in der Leber (auch der Lungen und Milz).

Die Krankheit führt zum Tode u. Z. innerhalb 2-3 Jahren, wie ich damals meinte, oder wie ich jetzt, nach vielen neuen Beobachtungen weiss, oft erst nach 6-8 Jahren.

In Bezug auf die histologischen Eigenthümlichkeiten der Krankheit schrieb ich damals (l. c. pag. 470):

Ich habe durch die mikroskopische Untersuchung das Gebilde als kleinzelliges Sarcom erkannt, dessen Zelleneinlagerungen sich in Haufen und Herden vorfanden. Stellenweise waren die Erscheinungen kleiner Haemorrhagien im Corium oder in den Papillen zu sehen; überdies reichlich Pigment, gelbbraun bis schwarz, meist freiliegend, ausserhalb der Zellen. Die Infiltrationszellen lagen meist in einzelnen Räumen des Coriums, dessen Gewebe, so wie die Papillen, weniger deutlich geschieden und theils von kleinen rundlichen Zellen, theils von agglomerirten rothen Blutkörperchen (Haemorrhagie) und Pigment durchsetzt war.

In Bezug auf die Pigmentirung aber sagte ich damals (l. c. pag. 474): « dass die auffällige Pigmentirung vielleicht ganz, wenigstens aber zum grössten Theile von dem Blutreichthum und den Haemorrhagien innerhalb der Knoten herrühre. »

So weit im Jahre 1870-1872.

Ich habe bisher mehr als 20 einschlägige Fälle gesehen und dennoch keine Veranlassung gefunden in irgend einem wesentlichen Punkte die klinische und histologische Charakteristik dieser merkwürdigen Krankheit im Vergleiche zu damals, weder zu ergänzen noch zu ändern, — es wäre denn allenfalls die Bemerkung, dass bei manchen Kranken und an manchen Stellen einzelner Knoten auch spindelförmige Zellenformen vorkommen — Sarcoma fusicellulare.

Dasselbe gilt auch seitens der vielen Beobachter, welche seit jener Zeit auf Grund meiner Beschreibung solche Fälle erkannt, beschrieben und

abgebildet haben, von denen ich insbesondere unseren hier anwesenden geschätzten Collegen De Amicis hervorheben muss, weil er eine vortreffliche, mit schönen Abbildungen und histologischen Tafeln geschmückte, 12 Fälle berücksichtigende grössere Arbeit vom Jahre 1882 diesem Gegenstande gewidmet hat (Dermo- Polimelano- Sarcoma-idiopatico). Auch diese Autoren haben nichts vorgebracht, was wesentlich von dem abweicht, was ich über diese Krankheit ausgesagt habe.

Wenn nun vielleicht ein Zweifel bezüglich unserer bisherigen Auffassung von dieser Krankheit sich geltend macht, so kann sich derselbe beziehen:

1. Auf die Auffassung der Neubildung als Sarcom,
2. Auf die Bedeutung der bei ihr regelmässig vorhandenen Pigmentation und daher consequenterweise eventuell auf
3. Dessen bisherige Benennung.

ad 1.

Der schon beschriebene histologische Charakter der Knoten ist von den seitherigen Autoren bestätigt und von diesen, sowie durch meine eigenen Beobachtungen dahin ergänzt worden, dass neben der kleinzelligen Infiltration stellenweise und in manchen Fällen aus Spindelzellenformen zu sehen sind.

Dieser histologische Charakter nun, so wie der Verlauf des Gesammtprozesses, die von der Peripherie (den Händen und Füssen) gegen den Stamm und später in die inneren Organe fortschreitende Entwicklung von Knoten gleichen Charakters; endlich der in der Vegetation selbst, ihrer Mengen- und Massenzunahme gegebene Marasmus und letale Verlauf, gestatten es wohl das Gebilde zu den kleinzelligen (theilweise Spindelzellen-)Sarcomen zu zählen und den Prozess selbst *in toto* zu den klinisch bösartigen. Denn es ist bisher nicht gelungen durch irgend welche Medication die Krankheit zum Stillstande oder zur Heilung zu bringen, auch nicht durch Arsenik, welches, wie wir wissen, bei anderen ähnlichen Formen von sog. Sarcomatosis sich als vorübergehend oder selbst dauernd wirksam erwiesen hat.

Was in den letzten Jahren, besonders von Kundrat und Paltauf gegen die Auffassung auch dieses Prozesses, wie der anderen von mir an diesen angereihten (Lymphodermia perniciosa, Mycosis fungoides, Sarcomatosis cutis) als Sarcom eingewendet wurde, bezieht sich wesentlich darauf, dass die in Rede stehenden Knoten nicht scharf abgesetzte Einlagerungen im Corium bilden und zweitens, dass sie nicht, wie wahre Sarcome ins Unbegrenzte wachsen, sondern, wie wir als specielles Charakteristicum hervorgehoben haben, sich stellenweise vollständig zurückbilden, « narbig atrophisiren. » Deshalb möchten die genannten Autoren auch das idiopathische multiple Pigmentsarcom eher zu den Formen von s. g. Lymphadénie cutanée oder den pseudoleukaemischen Tumoren zählen, obgleich sie andererseits die grosse Aehnlichkeit desselben mit Sarcom ebenfalls zugeben, und damit auch die theilweise Berechtigung unserer Auffassung.

Es ist nicht zu verkennen, dass die pathologische Stellung all' der genannten Formen heut' zu Tage nicht streng umgrenzbar ist und dass namentlich jene anderen genannten Formen den Lymphomen, den leukaemischen und pseudoleukaemischen Tumoren sehr nahe stehen und vielfach auch in einander überzugehen scheinen. Deshalb habe ich in der letzten

Auflage meines Buches (1893) meine analoge Auffassung, die ich schon in früheren Jahren vielfach geäussert habe, noch deutlicher dadurch zum Ausdrucke gebracht, dass ich die genannten Krankheitsprozesse in eine Gruppe zusammen gefasst habe, als sarcomähnliche, als « sarcoide » Geschwülste.

Allein ich habe auch die Meinung ausgesprochen, dass insolange nicht die noch fehlenden und alle diese Formen enge verbindenden Mittelglieder gefunden worden sind, es doch klinisch gerechtfertigt ist, die einzelnen derselben nach ihrem besonderen Typus auseinander- und festzuhalten.

Ich kann hier nicht darauf eingehen, dies noch im Besonderen zu erörtern. Ich möchte nur hier bemerken, dass das Gesagte gerade von dem idiopathischen multiplen Pigmentsarcom mehr noch gilt, als von allen anderen genannten analogen und ähnlichen Prozessen. Der Typus dieser Krankheitsform ist thatsächlich in Allem und Jedem scharf gemeisselt, sie steht auch histologisch dem Sarcom am nächsten, und deshalb, meine ich, soll der Prozess als selbständiger festgehalten werden, gleichwie in dem Sinne eines kleinzelligen Sarcoms.

Was den anderen Einwand anbelangt, dass wahre Sarcome sich nicht rückbilden, die Knoten des idiop. multipl. Pigmentsarcoms, jedoch stellenweise doch schrumpfen, bis zur gänzlichen narbigen Atrophie, so glaube ich vielleicht hiefür eine Erklärung geben zu können.

Es ist schon von mir, später auch von De Amicis in dem besonderen histologischen Verhalten dieser Knoten hervorgehoben worden, dass erstens, die ersten Zelleneinlagerungen, aus welchen später die Knoten hervorgehen, in einzelnen kleinsten Nestern und Haufen erscheinen und zweitens, dass herdweise mikroskopische Haemorrhagien schon frühzeitig sich einstellen und in den grösseren Knoten fort und fort sich erneuern. Das hat mir schon von Anfang an die Vermuthung erweckt, dass eine zur Zerreisslichkeit führende Erkrankung der Gefässwandungen an den kleinsten und kleinen Blutgefässchen vielleicht von Anbeginn an, oder wenigstens sehr frühzeitig hier vorhanden ist und vielleicht bezüglich der Neubildung, mindestens aber für deren weitern Verlauf, d. h. für ihr inneres Leben von Belang wird. Und histologisch haben wir sowohl, als De Amicis Erweiterung der alten Gefässe und Gefässneubildung im Bereiche der Infiltration nachgewiesen, was die Haemorrhagien begreiflich macht, wie in der hier vorgezeigten Abbildung und den unter das Mikroskop gestellten Praeparaten ersichtlich. (Letztere beide gehören zu einer demnächst im Archiv für Derm. und Syphil. erscheinenden bezüglichen Arbeit meines Assistenten Dr. Spiegler).

Die kleinen eingelagerten und später üppiger wuchernden und zu grösseren Herden und Knoten confluirenden Zellennester entsprechen wohl topographisch dem adventitiellen Bindegewebe der Gefässwandungen alter und neugebildeter Coriumgefässchen. Die aus der Zellwucherung heranwachsenden Knoten sind durchwegs Anfangs braunroth, aber nicht haemorrhagisch. Es scheint nun, dass in weiterer Folge die Gefässwandungen selber cellulär durchwuchert und dadurch gelockert werden — abgesehen also von der leichten Zerreisslichkeit der neugebildeten Gefässchen überhaupt — nun ihrerseits dadurch zugleich zerreisslicher und zu Haemorrhagien geeignet werden, oder mindestens mehr durchlässig für rothe Blutkörperchen — Diapaedesis — und auch für Blutplasma.

Mit dem Eintritte der kleinen Haemorrhagien, wie sie in den vorgezeigten mikroskopischen Schnitten vorliegen, erscheinen die Knoten von der beschriebenen haemorrhagischen und pigmentirten Beschaffenheit.

Mir scheint aber, dass auch das ausgetretene Blutplasma in dem weiteren Schicksale der Gefässneubildung eine gewisse Rolle spielt.

Betrachtet man die vorliegende Abbildung meines ersten Falles vom Jahre 1868, mit welchem viele Abbildungen aus späteren Publicationen, z. B. auch von De Amicis vollkommen congruent sind, so wird man begreifen, dass mir die merkwürdige, enorme, fast der Consistenz eines Scleroderma gleichkommende Härte auffallen und viel zu denken geben müsste, welche an dem Hauptsitze der Erkrankung an Händen und Füssen, Volar- und Plantarfläche, gerade so, wie auf der Rückenfläche vorhanden ist. Diese polsterartig die Flachhand, wie den Handrücken auftreibende harte Infiltration ist auch die einzige Quelle der so continuirlichen und heftigen Schmerzen, über welche die Kranken Tag und Nacht klagen.

Diese Infiltration entspricht nicht den einzelnen Knoten, sie ist nicht herdförmig, sondern diffus und bildet derart stellenweise eine Art Hof um die einzelnen Knoten. Ja solche haemorrhagisch tingirte, hart sich anfühlende Flecke gehen vielfach der Knotenbildung voraus, wie auch De Amicis betont. Oder eine solche diffuse, bläulich-rothe, oder gelblich-weisse Härte occupirt grössere Flächen, in denen überhaupt gar kein Knoten, oder kaum einzelne erbsengrosse zu sehen sind.

Am auffallendsten war dies zu sehen bei dem Kranken meiner Klinik aus dem Jahre 1892, dessen Abbildung ich hier vorweise (Invent. N. 885). Hier fand sich an Händen und Füssen, Beuge- und Streckseite nur die beschriebene, bläulich rothe, oder wie nach Haemorrhagien verfärbte polsterartige Auftreibung und schmerzhafte Härte vor. Der Kranke jammerte Tag und Nacht. Von Knoten war nichts zu sehen. Die harte Infiltration bestand bei dem Patienten seit 3-4 Jahren.

Aus der Eigenthümlichkeit dieser diffusen, aber scharfbegrenzten Härte und ihrem Sitze an beiden Händen und Füssen wusste man, trotz der Abwesenheit der Knoten, dennoch sofort die Diagnose: Idiopathisches multiples Pigmentsarcom machen, und als wir nun den Kranken weiter untersuchten, fanden sich denn charakteristische, frische oder central in Schrumpfung begriffene Knoten an beiden Ohrmuscheln, an der Stirne, ein zweithalergrosser Plaque *ad nates*.

Während seines mehr als einjährigen Aufenthaltes in unserer Klinik waren schubweise sowohl im Bereiche und am Rande der Fuss- und Handinfiltrate, über der Knöchelregion, den Handwurzelgelenken, aber auch *ad nates*, an den Oberarmen etc. frische Knoten und Infiltrationsringe entstanden, letztere oft unter Vorausgehen eines diffusen haemorrhagischen Infiltrates, welches da und dort wieder zur Resorption gelangte, an anderen Stellen dagegen die Basis bleibender Knoten bildete.

Dieses enorm harte Infiltrat des tieferen Coriums und der Subcutis glaube ich nur als eine interstitielle Fibrineinlagerung, als eine Fibrininfiltration betrachten zu sollen. Anders kann ich diese enorme, diffuse und dem Umfange und der Configuration der Knoten durchaus nicht entsprechende Härte nicht begreifen. Für ihre Entstehung liegt die Erklärung vor in den zahlreichen Haemorrhagien. Wenn nun, wie ich meine, die in

Rede stehende Infiltration thatsächlich eine Fibringerinnung ist, dann wird es wohl angenommen werden dürfen, dass dieselbe mit der Zeit verschrumpfen, sich contrahiren und damit auch die von vornherein oder später in ihrem Bereiche etablirten, nicht höher organisirten kleinzelligen Sarcomknoten, ebenso aber auch das infiltrirte normale Gewebe mit in die Verschrumpfung einbeziehen kann und wie sie selbst durch Fettmetamorphose und Resorption theilweise oder ganz zum Verschwinden kommen.

Derart glaube ich die narbige Schrumpfung und Atrophie an Stelle einzelner Knoten des idiopath. multiplen Pigmentsarcoms mir erklären zu sollen.

Damit wäre also gesagt, dass die Verschrumpfung und Rückbildung nicht in der Natur des Prozesses selbst gelegen sei, also auch nichts, was gegen die Auffassung der Knoten als Sarcome nothwendig zu deuten wäre, sondern dass diese Rückbildung durch einen Vorgang im einbettenden Gewebe, also gewissermassen von aussen her veranlasst ist.

Solche, durch Vorgänge im einbettenden Gewebe veranlasste Rückbildungen von Neubildungen sind aber gerade für Sarcome bekannt, nämlich ihre Rückbildung bis zum vollständigen Verschwinden durch Erysipel.

Ich glaube, also, dass wir nach dieser neuerlichen Betrachtung der besprochenen Formationen von einem anderen Gesichtspunkte aus bei unserer Bezeichnung derselben als « Sarcome » bleiben sollen.

Was den Ausdruck «idiopathisch» anbelangt, so hat sich mir derselbe seiner Zeit aufgedrängt durch die Erwägung, dass das gleichzeitige Auftreten der Neubildung, an beiden Händen und Füssen auf einer am Ort und Stelle bestehenden Gewebsdisposition, nach meiner obigen Ausstellung, wahrscheinlich der peripheren Gefässe beruhen müsse, und zwar im Gegensatze erstens zu metastatischer Sarcomatosis von Seite Sarcomherde innerer Organe, wie z. B. Köbner besonders betont hat, und zweitens im Gegensatze von Metastasirungen des Sarcoms, die von einem sarcomatös entarteten Naevus pigmentosus der Haut auszugehen pflegen, wie in der hier praesentirten Abbildung.

Was das Erstere anbelangt, so hat schon Köbner auf Solches besonders hingewiesen. Bei solchen Vorkommnissen, d. i. der Praeexistenz der Sarcome in inneren Organen, erscheinen die Hautknoten als « Metastasen, » jedoch ganz unregelmässig zerstreut auf der Haut, nicht wie hier, gleichzeitig auf beiden Händen und Füssen.

Den zweiten Punkt anlangend, so fehlt jede Analogie mit dem in Rede stehenden Prozesse, sowohl rücksichtlich der Localisation und Art des Fortschreiten, als in Bezug auf den histologischen Charakter der Gebilde und den Gesammtverlauf des Prozesses, wie noch in Punkt 3 hervorgehoben werden soll.

Und überdies lehrt die klinische Beobachtung, dass bei unserer Krankheitsform nicht nur Knoten in den inneren Organen nicht von vornherein bestehen, sondern dass dieselben hier erst nach jahrelangem Bestande in der Haut, in den letzten 1-2 Jahren vor dem Tode zu Stande kommen, respective letzterer erst angebahnt wird, wenn eben in den inneren Organen Knoten auftauchen.

Somit glaube ich, dass der Ausdruck « idiopathicum » thatsächlich eher ein glücklicher weil bezeichnender benannt werden darf und demnach auch beizubehalten wäre.

ad 2.

Die Frage der « Pigmentirung » anbelangend, so habe ich, wie bereits erwähnt, schon in meiner ersten Beschreibung hervorgehoben, dass dieselbe von den reiterirten interstitiellen Haemorrhagien herrührt, also eine rein « mechanische » ist, durch Beimengung von Trümmern und Umwandlungsproducten der ausgetretenen rothen Blutkörperchen, resp. ihres Haemoglobins veranlasst, und dass diese Auffassung auch von anderer Seite (De Amicis) getheilt wird.

Darnach wäre zwar gegen die Bezeichnung dieses Sarcoms als « pigmentosum » nichts einzuwenden.

Allein wir kennen eine Art von Pigmentsarcom, welches durch sarcomatöse Umwandlung eines angeborenen Pigmentnaevus entsteht und als besonders bösartigen Verlaufes sich erweist. In einem solchen Falle gehen Verschleppungen der pigmentirten Zellelemente längs der Lymphbahnen fort, und kommt es sehr rasch derart zu centripetal sich anreihenden, erst regionären und so successive generalisirten Bildungen der Haut und der inneren Organe und letalem Ausgange.

In diesen Formen findet zweifellos metabolische Pigmentformation statt in und mit den riesig proliferirenden Sarcomzellen, und diese Form ist besser unter dem Namen « Melanosarcoma » gekennzeichnet. In der hier praesentirten Abbildung war der colossal entwickelte Prozess von einem Pigmentnaevus der linken grossen Zehe binnen Jahresfrist zu Stande gekommen.

Um nun durch die Bezeichnung « pigmentosum » den erst genannten Prozess nicht ungebührlich dem letztbesprochenen zu nahe zu bringen, bei welchem ja, wie erwähnt, die Knoten ursprünglish gar nicht pigmentirt sind, sondern erst später in Folge von interstitiellen Haemorrhagien Pigment mechanisch beigemengt und imbibirt erhalten, schlage ich vor:

ad 3,

statt « pigmentosum » « haemorrhagicum » zu setzen und die in Rede stehende Krankheitsform demnach als « Idiopathisches multiples haemorrhagisches Sarcom » — « Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum » von nun ab zu bezeichnen.

Prof. **Perrin** (Marseille), correlatore.

(Si scusa per lettera di non poter intervenire al Congresso).

Discussione

Prof. **D. Majocchi** (Bologna): Pochi casi ho avuto campo di osservare durante la carriera del mio insegnamento di sarcoma idiopatico multiplo pigmentario, ma fortunatamente erano tanto tipici per il modo di sviluppo e per i caratteri morfologici che la diagnosi dei medesimi era facilissima. Presentemente ne ho un caso nella mia Clinica, in cui oltre la forma simmetrica a chiazze pigmentarie durissime nelle mani e nei piedi, si nota la malattia anche nello scroto col carattere nodulare d'aspetto fungoide, ma senza emorragie apparenti e senza pigmentazioni. Ora domanderei all'illustre professor Kaposi se, intuite le ragioni in cui si sviluppano i nodi sarcomatosi, si ha sempre il carattere emorragico-pigmentario, ov-

vero si può vedere anche la forma neoplastica semplice. In secondo luogo farei qualche osservazione sulla natura del sarcoma idiopatico multiplo pigmentario ed emorragico.

Il professor Kaposi oggi modifica la denominazione di *sarcoma* in quella di *sarcoide*. Ora a me pare che per i caratteri clinici o sopra tutto per l'insorgere sotto forma di chiazze iperemiche e per il sopravvenire della infiltrazione neoplastica, nonchè per l'involuzione atrofica, io propendo per ritenere la malattia non di natura sarcomatosa (nel senso di neoplasma vero come l'intendono i patologi), ma siccome un tumore effettivo di granulazione. La struttura istologica dei nodi sotto forma di cellule giovani starebbe a conferma del mio concetto patologico sopra espresso, che è quanto dire di un granuloma infettivo che probabilmente (come la lepra) decorre lungo i cordoni nervosi, come dimostrerebbe lo sviluppo simmetrico della malattia e il precedere e l'accompagnarsi di chiazze iperemiche. e quindi emorragiche.

Queste sono le due osservazioni che io mi permetterei di fare al professor Kaposi onde avere degli schiarimenti in proposito.

Prof. **T. De Amicis** (Napoli): Riferisce che nella clinica dermosifilopatica della R. Università di Napoli ha osservato in questi ultimi anni altri 19 casi di sarcoma cutaneo, oltre i 12 già descritti nella sua Memoria, pubblicata nel 1882, cioè uno non pigmentato (braccio sinistro), uno melanotico e 17 della forma idiopatica pigmentata, e presenta all'uopo disegni e *moulages* relativi.

Ritiene che la denominazione di « sarcoma multiplo idiopatico emorragico, » accettata dal Kaposi e già proposta dal Köbner, sia preferibile a quella di « pigmentato, » attesochè la pigmentazione è di origine ematica e consecutiva ad alterazioni vasali. Questa speciale alterazione è perfettamente distinta nel suo quadro clinico dalla micosi fungoide e da altre forme neoplastiche della cute.

In rapporto al carattere anatomo-patologico se il sarcoma della cute non corrisponde a tutti i caratteri del sarcoma di altri tessuti, p. es. la regressione, che possono presentare alcune neoformazioni, ciò non toglie che si debba considerare come un granuloma semplice, dappoichè gli elementi che si riscontrano nei diversi casi sono quelli del mixo-sarcoma, del sarcoma globo-cellulare e fusi-cellulare, e nelle riproduzioni che si vedono negli organi più profondi si nota che il sarcoma prende la forma ordinaria che si vede in questi tessuti, ed in uno dei casi già pubblicati (Osservaz. 3ª) ha potuto osservare una riproduzione nella tibia e nel perone, che rivestiva tutti i caratteri del sarcoma telangettoide, come fu dimostrato in seguito all'amputazione che venne praticata.

Degli altri casi osservati, l'assistente dottor A. Reale riferirà l'analisi microscopica da lui praticata insieme ad altre ricerche relative principalmente al punto di vista microbico, ricerche riuscite finora infruttuose.

Riguardo al trattamento, credo non doversi trascurare l'arsenico. Il sarcoma idiopatico emorragico della cute è sempre una gravissima affezione, ed il pronostico è infausto; ma la cura arsenicale vale in molti casi a rallentare il corso e modificarne l'evoluzione. Nei 17 casi ultimamente osservati l'arsenico per via ipodermica è stato amministrato in 11 ammalati; di

questi, 5 non hanno ottenuto modificazione apprezzabile, 2 hanno presentato qualche miglioramento, e 4 se ne sono giovati moltissimo da avere un vero arresto nello sviluppo delle manifestazioni ed involuzione delle già esistenti.

L'oratore presenta le figure relative ai casi clinici da lui osservati.

Prof. **C. Pellizzari** (Pisa): Non ho avuto fin qui occasione di osservare clinicamente dei casi di cosiddetto sarcoma multiplo idiopatico pigmentario della pelle, ma solo di esaminare dei preparati del professor Campana e dei pezzetti di tumore dallo stesso Campana favoritimi. Ora, dietro quel poco che istologicamente ho potuto osservare, messo d'accordo con alcuni particolari del decorso clinico di alcuni casi (come, ad esempio, uno di quelli pubblicati da Campana) e con la dichiarazione fattaci oggi dal professor De Amicis, dell'influenza benefica che l'arsenico eserciterebbe in questa malattia, inclinerei ad avvicinarmi all'opinione del collega professor Majocchi, per ravvicinare la neoplasia in discorso piuttosto ai tumori di granulazione anzichè ai veri sarcomi.

Majocchi: Sento il bisogno di riprendere la parola per chiarire le mie idee intorno alla natura del *sarcoma idiopatico* e per affermare che non è mio intendimento di cambiare la denominazione suddetta; anzi in dermatologia io sto per fare dei mutamenti, e accetto anche la nuova denominazione, data ora alla malattia, di *sarcoide*, nonchè l'epiteto di *emorragico*. Però riguardo alla natura del tumore io trovo che la struttura in piccole cellule embrionali, e di cellule multiformi, si trova anche nei granulari; e basterà citare il *lupus*, in cui gli elementi cellulari subiscono queste fasi evolutive, vale a dire di cellule giovani in fusiformi e appresso in connettivo fibroso ordinario, dal quale si ha la retrazione e quindi le chiazze atrofiche sui nodi del sarcoma. Dunque per me la struttura istologica trovata in questa malattia presenta il carattere, come dissi prima, di un tumore infettivo di granulazione.

Kaposi, rispondendo ai varii oratori, crede si debba considerare la malattia piuttosto dal lato clinico che da quello anatomo-patologico. Il suo sviluppo, il decorso clinico, la gravità del male, sono tutti caratteri da rapportarsi ad una forma clinica ben determinata, tipica, e tali da giustificare il nome *sarcoma* da lui proposto.

Dott. **A. Reale** (Napoli): Nella clinica dermo-sifilopatica, diretta dal professor De Amicis, ha potuto studiare parecchi casi clinici di sarcoma idiopatico della cute, praticando accurate ed estese ricerche anatomo-patologiche ed etiologiche.

Quasi tutti i casi clinici, che formarono oggetto delle sue ricerche, erano del tipo descritto dal Kaposi e conosciuto con la denominazione di *sarcoma idiopatico della cute, forma emorragica o pigmentata*, eccetto due, in uno dei quali, clinicamente ben definito per *sarcoma*, nelle produzioni sarcomatose, macroscopicamente non pigmentate, al microscopio non si riscontrarono accumuli o granuli di pigmento (sarcoma non pigmentato, o meglio ancora non emorragico), ed un altro appartenente alla categoria dei sarcomi melanotici.

L'esame microscopico quasi sempre fu comparativo fra le parti di uno stesso pezzo esciso (cute o tumore), ed osservate a fresco, e le altre, variamente fissate con alcool, con soluzione satura a freddo di sublimato corrosivo, con liquidi cromici, osmici, ecc., eseguendo i metodi più svariati nelle colorazioni in massa ed in quelle delle sezioni, a preferenza però impiegando il carminio e l'ematossilina.

Dal suo studio l'autore ha potuto trarre principalmente le seguenti conclusioni:

Nei sarcomi pigmentati ed emorragici l'esame microscopico, sia delle infiltrazioni piane della cute (primo periodo, forma maculosa), che dei noduli duri, iniziali, mette in evidenza, negli strati medii del derma, e prevalentemente intorno ai vasi, gli elementi della neoplasia, simili affatto a cellule connettivali, a tipo embrionale; nei noduli meglio sviluppati, duri, di consistenza fibrosa, gli stessi elementi si presentano più o meno fusiformi (sarcomi parvi- e fuso-cellulari); sono essi che possono subire da ultimo, nella fase involutiva delle produzioni neoplastiche, la trasformazione in connettivo compatto, cicatriziale.

I noduli molli, facilmente compressibili, come pure le infiltrazioni della cute, sormontate da sollevamento degli strati epidermici, in guisa da mentire bene spesso l'aspetto di bolle, sono costituiti da un tessuto mixomatoso tipico; ciò si constata meglio esaminando a fresco il tessuto. (Mixosarcoma, propriamente detto, ovvero fase edematosa del tessuto connettivo neoformato con degenerazione mixomatosa consecutiva?)

La caratteristica disposizione perivasale degli elementi sarcomatosi e la presenza di stravasi sanguigni nei punti microscopicamente dimostrabili non ancora invasi dalla neoplasia, sono i principali fatti pei quali si ritiene che, nella produzione del processo patologico, di cui è parola, sia nell'inizio che nell'ulteriore decorso gran parte spetti ai vasi sanguigni.

Pare che intorno ai vasi subpapillari s'inizii più spesso l'infiltrazione sarcomatosa: meno frequentemente da quelli della rete profonda del derma: le papille vasali dapprima, dipoi le parti che normalmente costituiscono il derma e l'epidermide solo in secondo tempo sono invasi dalla neoplasia.

Il pigmento ora si accumula intorno ai vasi in forma di masse, di variabile grandezza, ora si deposita a mo' di granuli minimi nelle lacune linfatiche e nell'interno degli elementi fissi del derma.

Il colorito rosso, rosso-bruno, bruno ardesiaco delle infiltrazioni e dei noduli sarcomatosi deve principalmente attribuirsi al pigmento ematico variamente modificato e derivante dagli stravasi sanguigni. In un caso però, in cui il colorito rosso-violaceo dei noduli era speciale, l'esame microscopico dimostrava la interposizione di un vero tessuto angiomatoso, ripien[o] di sangue liberamente circolante tra la massa neoplastica che sorgeva dall[a] rete profonda del derma e la epidermide soprastante. A rendere ben chiar[o] questo fatto servì acconciamente la doppia colorazione all'ematossilina e all'eosina.

Nel sarcoma cutaneo primitivo anche gli altri organi e tessuti po[s]sono in secondo tempo essere la sede di identico processo. Ciò fu dim[o]strato in un caso seguìto da autopsia: lo stomaco, l'intestino, il fegato e[cc.] presentavano allo studio infiltrazioni sarcomatose e noduli, simili per str[ut]tura a quelli riscontrati sulla cute.

Nell'unico caso di sarcoma non pigmentato, l'osservazione microscopica rivelava due fasi:

a) L'assenza di accumuli o granuli di pigmento, derivante da emorragie o dalla diffusione di sostanza ematica;

b) I noduli del solo caso di sarcoma melanotico, caduto sotto l'osservazione, erano costituiti da elementi globo-fusi e magni-cellulari, invadenti dappertutto gli strati anatomici della cute. Il pigmento, in forma di ammassi e di granuli, non solo era abbondantemente disseminato fra le cellule neoplastiche, ma si trovava pure nell'interno di esse, e talora in copia sì grande, da sostituire quasi tutto il protoplasma, ricacciando alla periferia il nucleo e persino annullandolo completamente.

Per mezzo di reazioni microchimiche non fu possibile stabilire se il pigmento derivasse esclusivamente dal sangue, ovvero la sua produzione potesse mettersi sul conto della virtù metabolica degli elementi cellulari neoplastici.

Le ricerche batterioscopiche eseguite adoperando tutti i metodi sinora noti, ed istituite per rintracciare se nelle produzioni sarcomatose, nei varii periodi di loro evoluzione, si contenessero per avventura dei parassiti (cocchi, bacilli, coccidii, ecc.), dettero risultamenti affatto negativi.

Le culture fatte, trasportando sulla superficie o nella profondità dei più svariati mezzi nutritivi, e sempre con ogni rigore di tecnica batteriologica, brandellini di tessuto sarcomatoso, e tenute le culture stesse e per lungo tempo costantemente alla temperatura normale del corpo umano, furono del pari seguìte da risultato negativo.

Dr. E. **Spiegler** (Wien):

Multiple Geschwülste seltener Art des Kopfes. Perithelioma. (Gelesen von Prof. Kaposi).

Am 5. Juni 1893 wurde der 60jährige Christof Lorenz auf die Klinik aufgenommen, der kurz folgenden Status zeigte: Das Capillitium ist bedeckt von zahlreichen orangengrossen, billardkugelähnlichen derben Tumoren, über- und nebeneinander bis zu 20 cm. Höhe aufgethürmt; dort wo sich diese berühren sind sie flach excoriirt mit rother feindrüsiger Wundfläche sich darstellend.

Die Affection began angeblich vor 40 Jahren und gedieh langsam bis zur vorliegenden Grösse.

Auch am Rücken finden sich mehrere nuss- bis nahezu faustgrosse, theils flachkugelige, theils hängende Molluscum pendulum ähnliche Tumoren, welche dieselbe Consistenz zeigen.

Die histologische Untersuchung ergibt Folgendes:

Es handelt sich um ein Netzwerk von Zellschläuchen, welches sich in ganz unregelmässiger Weise verzweigt, und zwischen welchen ein fibrilläres Bindegewebe verläuft.

Zwischen diesen Zellschläuchen und dem dazwischen verlaufendem Bindegewebe besteht kein innigerer Zusammenhang. Dieselben liegen vielmehr ganz lose zwischen den Bindegewebsbalken.

Die Zellen selbst sind ziemlich gross, protoplasmareich, scharf contourirt. Häufig stehen die peripheren in der Richtung des Radius des Schlauches.

An der demonstrirten Stelle ist der Ausgangspunkt der Geschwulst genau nachzuweisen. Die Neubildung steht mit den Gefässen in innigster Beziehung und zwar geht derselbe von der äusseren Wand derselben aus.

Dieser Zusammenhang ist aber nur an spärlichen Stellen nachweisbar, indem der Tumor bald jeden Zusammenhang mit dem Ausgangspunkt vollkommen verliert und durchaus selbstständig in Form dieser Schläuche weiter wuchert.

Dieser Tumor ist nach den neueren Autoren, namentlich Paltauf, als Perithelioma zu bezeichnen.

Histologisch vollkommen identisch mit den Tumoren am Kopfe erwiesen sich die am Rücken.

Dieser Tage kam nun die Tochter des genannten Patienten, eine 42jährige bisher vollkommen gesunde Frau zu uns, welche angibt seit einem Jahre das Auftreten und Wachstum von steknadelkopf- bis erbsengrossen Geschwülsten am Kopf, Gesichte und Stamme zu bemerken.

Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um genau dieselbe Affection handelte wie bei ihrem Vater. Es dürfte daher die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass es sich auch bei diesen Geschwülsten um embryonale Keimreste handelt, die erst später zur Entwicklung gelangen.

Was die Literatur über diesen Fall betrifft, so ist nur ein klinisch und histologisch ähnlicher Fall mir bekannt, welchen Poncet in der *Revue de chirurgie*, 1890, publizirt hat, doch gelangt derselbe in histologischer Beziehung zu einer anderen Deutung.

Auf die diesbezüglichen Differenzen hier einzugehen würde die Zeit zu sehr in Anspruch nehmen und ist der ausführlicheren Publication vorbehalten.

Discussione

Dr. **Thin S. Abraham** (London): also spoke of Dr. Morrant Baker's case, and laid much stress on the fact of the disappearance of the tumours, which with others he could testify.

Prof. **D. Majocchi** (Bologna): Dopo l'esposizione fatta dall'illustre professore Kaposi sul caso di fibroma-mollusco io domanderei qualche cosa prima sulla struttura del tumore, che fu descritta come tuboliforme e costituita da cellule endoteliali sviluppate dalla avventizia dei vasi della pelle. Ma siccome i vasi capillari della pelle mancano di avventizia, così le dette cellule endoteliali devono sorgere direttamente dall'endotelio dei capillari stessi. In secondo luogo, avendo io osservato qualche cosa di analogo in un caso di fibroma-mollusco, che prese indole maligna, io domanderei se anche nel caso qui descritto dal professore Kaposi il tumore assunse il carattere sarcomatoso e perciò infettivo, in una parola domanderei se qui si trattò di un sarcoma o fibroma-mollusco.

Prof. **R. Campana** (Roma): Ha osservato casi di fibromi multipli cutanei (fibroma-mollusco) insieme con tumori che dovevano essere diagnosticati come endoteliomi, istologicamente; e questi ultimi con evoluzione

progressiva, e con tendenza alla moltiplicazione, cosicchè facevano pensare che essi avessero assunto un andamento quasi maligno. Alcuni di questi casi, esaminati istologicamente, si sono trovati legati a contemporanee alterazioni del sistema nervoso (neuro-fibromi), altri con alterazioni vasali (periteliomiche si potrebbero dire). La osservazione obbiettiva porta dunque a trovare queste due alterazioni anatomiche: cioè fibroma, endotelioma, e questi congiunti ad alterazioni che partano dai vasi o dai nervi.

Kaposi: Risponde ai varii oratori, ed offre al Majocchi alcuni preparati istologici della neoformazione, argomento della discussione, e che formerà oggetto di speciale pubblicazione dello Spiegler, per cui non può aggiungere altri particolari.

Majocchi: Ringrazia dapprima il professore Kaposi per il dono dei preparati istologici del dottor Spiegler, e ringrazia ancora delle risposte fornite alle domande da lui fatte sulla struttura del tumore, dalle quali ora viene a chiarire le sue idee sulla sede anatomica del neoplasma. Però ancora non ha potuto chiarire esattamente la natura infettiva del tumore, inquantochè se veramente la sua natura era maligna, sarcomatosa, allora la denominazione di *fibroma-mollusco* dovrebbe essere modificata.

La risposta spera di averla dalle preparazioni istologiche che ora passa ad esaminare.

Prof. **T. De Amicis** (Napoli):

Due nuovi casi di xeroderma pigmentario epiteliomatoso in bambini della stessa famiglia.

Si tratta qui di due casi tipici di quella speciale affezione descritta la prima volta dal Kaposi nel 1870 ed in seguito nel 1882, e da lui chiamata « xeroderma pigmentoso » e che altri ha contrassegnata con nomi diversi[1]) riferentisi ai varii aspetti che presenta il suo quadro morboso; e siccome io credo che nessuna di queste denominazioni può considerarsi perfetta, così ho stimato opportuno nei nostri casi mantenere tuttavia il nome di *xeroderma pigmentario epiteliomatoso*, sia per rispetto all'autore che pel primo ha richiamata l'attenzione su tale infermità, e sia perchè questi tre appellativi esprimono i fatti più culminanti, cioè della secchezza e assottigliamento della cute, della maculazione ipercromica predominante e della neoformazione successiva.

Nei nostri piccoli infermi si riscontrano perfettamente i caratteri fondamentali del quadro morboso appartenente a questa affermazione, cioè:

1° Inizio nell'infanzia;

2° Sviluppo familiare;

3° Manifestazione nelle parti scoverte e coincidenza di macule pigmentarie, telangiettasiche, acromiche ed atrofiche, di ulcerazioni, di blefarite, di ectropion, di neoformazioni epiteliomatose, ecc.

[1]) *Naevus* di forma rara: Geber 1874 — *Angioma pigmentario ed atrofico*: R. W. Tailor 1878 — *Liodermia essenziale con melanosi e telangiectasia*: Neister 1880 — *Dermatosi* di Kaposi-Vidal. 1883 — *Melanosi lenticolare progressiva*: Pick 1884 — *Atrofoderma pigmentoso*: R. Croker 1884 — *Malattia pigmentaria epiteliomatosa; Lentigo epiteliomatoso*: Quinquaud 1889 — *Epiteliomatosi pigmentaria*: E. Besnier 1892.

4° Aspetto strano, variegato, multicolore.

Tutto questo insieme di alterazioni dà al volto di quest'infermi uno aspetto speciale che può ben dirsi un'aria di famiglia, e come si ha una *facies leprosa*, così potrebbe ben dirsi esistere una *facies xerodermatica pigmentaria*.

Il numero dei casi finora descritti di tale malattia non è molto cospicuo: dopo la statistica del Taylor (1888), del Brigidi e Marcacci (1889) e dei rilievi aggiunti da Besnier, e tenuto conto degli ultimi due casi, uno di Halembert W. Brayton[1]) e l'altro di Tenneson e Danseux[2]), le nostre due osservazioni porterebbero la cifra complessiva dei casi finora conosciuti nella scienza al numero di 60, di cui tre solamente sarebbero stati pubblicati in Italia, quello del Marcacci ed i due testè da noi riferiti.

È degno di nota nei nostri due casi:

1. Lo speciale ingrossamento epifisario e la presenza dell'acne-mollusco in uno dei due bambini.

2. Il rapido sviluppo dell'affezione nel 1° anno di vita (uno ad 8 mesi e l'altro a 12), e l'insorgere sollecitamente di neoformazioni le quali hanno rivestito il carattere angio-mixomatoso-epiteliale in prevalenza.

3. La estrema benignità di siffatte produzioni.

4. Il deperimento graduale e generale della nutrizione non in rapporto ai fatti locali delle neoformazioni.

5. La sede nelle parti che rimangono scoverte ordinariamente, quantunque gl'infermi non si fossero esposti agli stimoli esterni (freddo, raggi solari, intemperie).

6. Che l'esame praticato nei tessuti e nel sangue dal punto di vista microbico è stato negativo e che in quest'ultimo erano molto abbondanti le cellule eosinofili.

Da tutto ciò possiamo conchiudere che lo *xeroderma pigmentario epiteliomatoso* del Kaposi non è una lesione prodotta da comuni stimoli esterni o da elementi parassitarii conosciuti, ma devesi ancora considerare come una congenita speciale distrofia della cute, la cui patogenesi resta tuttavia a determinarsi.

(*L'A. presenta i disegni e preparati istologici attinenti alle due osservazioni di cui ha riferito*).

Prof. **H. Hallopeau** (Paris):

Nouvelles études cliniques sur le mycosis fongoïde.

Conclusions

1. Les poussées érythrodermiques peuvent être suivies d'une desquamation abondante et prolongée en larges lambeaux; le tableau clinique rappelle alors celui des herpétides exfoliatrices qui surviennent parfois dans le cours du psoriasis.

[1]) Journal of Cutaneous and Genito-Urinary diseases, April 1892.
[2]) Société de Dermatologie et Syphilographie, séance du 16 nov. 1893.

2. La plante des pieds peut être le siège d'une desquamation généralisée et adhérente semblable à celle que l'on observe chez certains psoriasiques.

3. Les poussées érythrodermiques peuvent s'accompagner d'excoriation avec exsudation et formation de larges croutelles.

4. Elles entraînent parfois de profondes dystrophies des ongles; elles peuvent amener ainsi la chute de ces organes.

5. Elles peuvent être suivies de la formation de très nombreuses tumeurs mycosiques.

6. L'infiltration diffuse du derme ne se traduit pas nécessairement par une érythrodermie; elle ne peut être caractérisée que par une induration ligneuse, avec épaississement du tégument et impossibilité de lui imprimer des plis, sans rougeur appréciable.

7. Cet épaississement peut donner lieu à des altérations des traits, telles que le rétrécissement des ouvertures palpébrales, l'élargissement du nez, le renversement en dehors de la lèvre inférieure et la production d'un double menton.

8. Les tumeurs mycosiques sont circonscrites par un rebord convexe à contours nettement arrêtés; souvent elles se renversent sur lui de manière à le dépasser.

9. Ce rebord peut être lui-même entouré d'une aréole érythémateuse qui en constitue la zone d'extension.

10. La partie centrale du néoplasme peut rester à l'état de tumeur, ulcérée ou non, saillante ou déprimée; elle peut s'affaisser complètement et n'être plus représentée que par une simple macule, avec ou sans épaississement de la peau; d'autres fois, elle fait place à une cicatrice plus ou moins irrégulière; d'autres fois, elle se gangrène en masse. Chaque fois que la partie centrale de la tumeur subit l'une de ces évolutions rétrogrades, la néoplasie n'est plus constituée que par le bourrelet périphérique qui le plus souvent s'étend excentriquement en même temps qu'il se détruit dans sa partie interne, soit par résorption interstitielle, soit par gangrène; il en résulte que, malgré sa progression excentrique, son volume reste approximativement le même.

11. La partie ulcérée de la tumeur a souvent l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus: ce n'est là qu'une apparence; sa consistance est plus ferme que celle de ces membranes et sa structure est celle des tumeurs mycosiques.

12. En examinant, à l'éclairage latéral, cette surface ulcérée, on peut parfois y distinguer des granulations miliaires, translucides ou opaques, saillantes et rappelant tout à fait par leur aspect les granulations tuberculeuses miliaires.

13. Les néoplasies mycosiques des mamelons peuvent offrir un aspect nettement velvétique.

14. Les adénopathies, constantes et volumineuses dans les formes érythrodermiques généralisées, peuvent faire complètement défaut dans les cas où il n'y a que des tumeurs, alors même qu'elles sont très volumineuses et profondément ulcérées ou gangrénées.

15. Le mode d'évolution des néoplasies mycosiques, et particulièrement la rapidité avec laquelle elles peuvent s'effacer sans laisser de traces,

ainsi que leur tendance à se reproduire, à se multiplier et à atteindre des proportions souvent énormes, permettent d'affirmer que l'agent infectieux encore incomplètement déterminé qui en est la cause prochaine, n'a qu'une vitalité éphémère, mais qu'il possède, par contre, une grande puissance de reproduction.

RELAZIONE.

Sulla natura dell'ulcera molle.

Dott. **E. Finger** (Wien), relatore:

Illustrissimi signori! Seguendo l'invito molto onorevole dell'illustre comitato di tenervi relazione sulla natura dell'ulcera molle, credo di poter trapassare su un punto della questione, il quale, tempo fa, è stato discusso moltissime volte fra gli unitaristi e i dualisti. Quella controversia, credo, adesso fu decisa in senso dualistico, e l'obiezione sinceramente giusta, che la nostra diagnosi sulla natura d'una affezione primitiva, e la prognosi su questa diagnosi basata, è non di rado erronea, è un'obiezione, che mostra soltanto l'insufficienza dei nostri sintomi differenziali clinici, ma non prova mai che la teoria dualistica sia falsa.

Astraendo dunque da quella controversia, nella questione sulla natura dell'ulcera molle, possiamo distinguere due fasi: 1° La fase praebatteriologica.

Non ho l'intenzione di passare in rivista qui tutti i lavori di questi tempi. Mi basta di nominare in poche parole i lavori più importanti. Al primo posto qui meritano di esser menzionate le pubblicazioni del Clerc, il quale venne alla conclusione che l'ulcera molle è il prodotto d'innesto del virus sifilitico sui sifilitici.

Questa conclusione molto generale è stata ristretta dal Köbner, il quale mostrò, che non ogni secrezione proveniente da sifilide è adatta a produrre per inoculazione un'ulcera molle, ma che questa facoltà appartiene soltanto alla secrezione purulenta di sclerosi e papule ulcerate, la quale innestata sopra un sifilitico produce un'ulcera molle. Le esperienze di Köbner sono state confermate da moltissimi tentativi del Boeck, Bidencap, Sperino, Pick, Anspitz e da me.

Ma per queste esperienze è stata sollecitata anche la questione dell'azione del pus, la questione, se non anche un pus, proveniente da ulcerazioni di natura non sifilitica e capace di produrre una azione simile.

Risultati tipici, produzione di ulcera molle tipica inoculando un pus semplice, non proveniente da un principio sifilitico, sono stati ottenuti: da Vidal e Tanturri col pus d'erithema, da Wigglesworth col pus dell'acne, da Kaposi col pus di acne e scabia, da Morgan e da Boeck colla secrezione vaginale di donne sifilitiche ecc.

Ma i risultati i più caratteristici, pustole ed ulcerazioni reinoculabili in molte generazioni, accompagnate da adenite suppurante, ottenni io inoculando il pus di erosioni traumatiche provocate nella vulva di donna, esperimenti che riferii al congresso di Strasburgo nel 1885.

Basandomi su queste esperienze mi credetti autorizzato alla conclusione: che l'ulcera molle sia il prodotto d'inoculazione di pus di diversa provenienza, specialmente di pus proveniente dalle parti sessuali.

Le mie esperienze erano le ultime del tempo prebatteriologico.

2. Delle esperienze basate sul metodo batteriologico mi pare di poter omettere quelle che si basano soltanto sull'esame della secrezione, come le esperienze di Mannino e Ferrari.

Più apprezzabili sono i lavori che si basano sopra esperimenti.

Di questi il primo è il lavoro di Rocco Da Luca, il quale dalla secrezione d'una ulcera molle e d'una pustola d'inoculazione coltiva un cocco, il suo « micrococcus ulceris, » il quale coltivato in culture pure ed innestato era capace di produrre pustule ed ulcerazioni tipiche. Qui devono esser menzionati anche gli esperimenti del Gibert, il quale, innestando culture pure d'un stafilococco coltivato da un'ulcera e da pustole d'inoculazione, ricevette ulcerazioni e pustole tipiche.

Su basi originali e senza fallo molto geniali sono fondate le esperienze del Ducrey e del Krefting, i quali cercarono di isolare il virus dell'ulcera molle inoculandolo per molte generazioni sullo stesso individuo, ed esaminando il pus delle pustole d'inoculazione trovarono il diplobacillo come unico e costante microrganismo.

Alfine Unna nei tagli d'ulcera molle con una colorazione speciale trovò il suo streptobacillo.

Quei bacilli, il diplobacillo Ducrey-Krefting e lo streptobacillo Unna, sono adesso i più discussi. Benchè fino ad ora una coltivazione ed inoculazione di cultura pura non era possibile ottenerla e le probabili culture di Petersen dettero risultato negativo, nulla di meno molti momenti, come la costanza colla quale i bacilli si trovano, la gran quantità nella quale si presentano, sembrano trovare un rapporto eziologico coll'ulcera molle.

Non ho l'intenzione di discutere se i bacilli Ducrey-Krefting ed Unna sieno identici, tale questione mi sembra adesso d'importanza secondaria; io concedo molto volentieri la virulenza del bacillo di Ducrey-Unna, ma però la questione che io mi permetto di proporre alla discussione è, se noi siamo autorizzati, dopo le esperienze cliniche e batteriologiche fatte finora, a rivendicare all'ulcera molle un virus unico, o se noi non siamo piuttosto costretti a credere che l'ulcera molle possa essere il prodotto di differenti microrganismi virulenti.

Per la mia parte sono convinto dell'ultimo, e le ragioni che vi prego di considerare sono le seguenti:

1. La natura virulenta del bacillo Ducrey-Unna finora non è stata ben provata, ma un fatto è sicuro, che la produzione di ulcera e pustole tipiche per inoculazione di culture pure di differenti microrganismi è già riuscita.

Così il Da Luca era capace di produrre ulcera e pustole tipiche inoculando il suo micrococcus ulceris. Gibert ottenne lo stesso risultato inoculando culture pure d'un stafilococco aureo coltivato d'ulcera molle. Ma le più importanti mi sembrano essere le esperienze di Welander. Questo autore riuscì ad isolare ed a coltivare dal secreto della vulva di donne che soffrivano di papule sifilitiche e di bartolinite cronica un stafilococco, le culture pure del quale, innestate, producevano pustole ed ulcerazioni, come dice l'autore, simili all'ulcera molle fino a poterle confondere ed inoculabili fino a cinque generazioni. Lo stesso Welander ottenne dal pus d'un eczema pustoloso un diplococco in culture pure, le quali inoculate producevano pustole ed ul-

ceri inoculabili in molte generazioni. Accanto al bacillo Ducrey-Unna noi conosciamo dunque già quattro microrganismi, il cocco di Da Luca, lo stafilococco di Gibert, lo stafilococco e il diplococco di Welander, i quali innestati in cultura pura erano capaci di produrre pustole ed ulceri tipiche. Lo stafilococco di Welander, proveniente dalle parti sessuali, mi sembra principalmente importante.

2. Contro la supposizione, che l'ulcera molle sia prodotta da un virus unico, si oppone anche un fatto provato dalla clinica e dall'esperimento: il fatto dello sviluppo spontaneo dell'ulcera molle. Così Hutchinson pronuncia come sua convinzione clinica, che se riuscisse a distruggere tutte le secrezioni capaci, per contatto, di produrre l'ulcera molle, in questo caso si dovrebbe aspettare che fra poche settimane l'ulcera molle si mostrasse di nuovo; e Bäumler, Mannino, Lang sono della stessa opinione.

Questo sviluppo autoctono dall'ulcera molle e dal pus contagioso succede nelle seguenti condizioni, già da noi conosciute:

1° Sul terreno d'una erosione traumatica delle parti sessuali come lo mostrano i miei esperimenti;

2° Sul terreno d'una balanite trascurata.

Così Mannino ha dimostrato, in un lavoro molto esatto sopra le complicazioni della balanite, che sul terreno d'una balanite trascurata si sviluppano ulcerazioni di regola numerose, le quali producono un pus inoculabile al portatore per molte generazioni. Tommasoli ha riferito osservazioni analoghe. E se tali osservazioni non si verificano più spesso, la ragione è che in tale questione noi siamo limitati al rapporto dell'ammalato, e che preferiamo molto spesso di non credere alla relazione dell'ammalato, se questa relazione non si comporta col sistema da noi accettato.

3. Finalmente anche Taylor ha osservato, sulla base d'un erpete trascurato, lo sviluppo di ulcerazioni producenti un pus inoculabile per molte generazioni.

4. Ma anche colla dottrina dell'ulcera mista l'opinione che l'ulcera molle sia prodotta da un virus unico non si può accettare. Io uso qui il termine di « ulcera molle » in un senso più largo, e comprendo qui anche le forme molto spesse del sifiloma primitivo ulcerante, le secrezioni del quale inoculate sull'ammalato producono un'ulcera molle tipica inoculabile per molte generazioni.

Questo fatto è provato dai numerosi esperimenti fatti dal Köbner, da Zeissl e da me; e in molti casi l'ammalato ci risparmia ogni esperimento, mostrando nella vicinanza d'una sclerosi esulcerata, ulceri molli tipiche prodotte da inoculazioni colla secrezione della sclerosi ulcerata, che, come il virus della sifilide, non è capace di produrre un pus inoculabile; quindi dobbiamo credere che nelle secrezioni di tali sclerosi si trova anche il virus dell'ulcera molle, e dobbiamo comprenderla come forma di ulcera mista. L'asserzione degli unilateralisti, che la frequenza dell'ulcera mista è grande, e che la coesistenza di forme sifilitiche e dell'ulcera molle nello stesso ammalato è per l'opposto molto rara, è intieramente razionale. E l'ulcera mista, il sifiloma iniziale suppurante e producente un pus inoculabile, la forma più frequente del sifiloma iniziale delle parti sessuali non si può spiegare per la coesistenza dell'ulcera molle e della sifilide nello stesso individuo, ma soltanto pei fatti dimostrati da Köbner, da Bidenkap e da Boeck, che il pus di sclerosi e papule ulcerate,

inoculato al portatore produce un'ulcera molle. La stessa secrezione purulenta, inoculata ad un individuo non sifilitico, produrrà naturalmente un'ulcera mista, perchè il virus sifilitico, trasportato simultaneamente, provocherà l'indurazione ed i sintomi sifilitici secondarii. La frequenza dell'ulcera mista dell'uomo è anche in corrispondenza esatta colla frequenza delle papule ulcerate della donna. Anche il fatto clinico accennato fra gli altri dal Mauriac, che gl'individui i quali hanno superato una sifilide, si ammalano più spesso di ulcera molle, è spiegabile molto semplicemente in questo senso, che l'individuo per infezione passata immunizzato, acquisterà un'ulcera semplice delle papule ulcerate d'una donna, dove un sano acquista un'ulcera mista con sifilide consecutiva.

I fatti quindi di sviluppo dell'ulcera molle, già menzionati, o di pus inoculabile sul terreno di erosione semplice o sifilitica, si possono spiegare in doppia maniera, e cioè:

1. Per la supposizione che l'ulcera abbia un virus unico, ma che questo virus sia molto diffuso, capace di vivere in uno stato saprofitico anche sulle parti sessuali normali, e che, penetrando in erosioni semplici o sifilitiche, produca un'ulcera molle, o meglio il pus inoculabile. Questa supposizione sarebbe una ipotesi senza prove.

2. Ma questi fatti sono spiegabili meglio in questa maniera, che l'ulcera molle sia il prodotto di diversi virus, e che sia prodotta non solo dal bacillo Ducrey-Unna, ma anche da diversi microrganismi piogeni, microrganismi dei quali la esistenza saprofitica sulle parti sessuali dell'uomo e della donna è stata dimostrata dalle ricerche del Tommasoli e del Winter. Che tali saprofiti possono produrre un'ulcera molle, o un pus inoculabile, è stato dimostrato dalle esperienze di Da Luca, di Gibert e di Welander. Anche io innestando culture pure di stafilococco piogeno all'orecchio del coniglio, in esperimenti fatti all'Istituto del professore Weichselbaum, ricevei, per inoculazione cutanea sottoepidermica, ulcerazioni rotonde, suppuranti, il pus delle quali era inoculabile in 3 o 4 generazioni.

Accettando l'ultima supposizione si potrebbe far sempre una distinzione fra queste ulcerazioni, prodotte dal bacillo Ducrey-Unna, e fra le altre, prodotte dai microrganismi piogeni.

Ma una tale distinzione non sarebbe razionale.

L'ulcera molle è senza fallo una affezione virulenta. Ma non è una affezione virulenta specifica, come la sifilide, la morva, la lebbra, le quali affezioni, per la specificità dei prodotti morbosi vi forzano ad accettare un virus unico, specifico. L'ulcera molle in senso anatomico è una affezione semplicemente infiammatoria, suppurante, una dermatite circoscritta suppurativa, superficiale. Appartiene, in senso anatomico, all'acne, al foruncolo, al flemmone. Se il bacillo Ducrey-Unna è capace di produrre l'ulcera molle, questo bacillo non è altro che un microrganismo piogeno, una flogosi circoscritta, una suppurazione: esso è capace, come lo stafilococco, di produrre una adenite suppurante, e se inoculato nel tessuto sottocutaneo sarà capace senza fallo di produrre anche un flemmone.

Ma gli studii batteriologici hanno provato, che i processi anatomicamente vicini all'ulcera molle, come l'acne, il foruncolo, l'impetigine, sono provocati da microrganismi piogeni differenti. Ciò non ostante il loro quadro clinico non è stato distrutto. E siccome noi non facciamo differenza fra

un flemmone a streptococco ed uno a stafilococco, quantunque il flemmone ed il foruncolo sieno prodotti da differenti microrganismi virulenti, e la clinica non conosca altro che un solo flemmone, un solo foruncolo, così non si raccomanderebbe di dividere il quadro clinico dell'ulcera molle in senso batteriologico.

Quindi finisco la mia relazione con le conclusioni seguenti:

1. L'ulcera molle è una dermatite virulenta, circoscritta, superficiale, con localizzazione quasi esclusiva alle parti sessuali, dipendente dalla natura venerea dell'affezione.

2. Come gli altri processi in senso anatomico analoghi, anche l'ulcera molle è prodotta da diversi microrganismi piogeni, bacilli e cocci.

3. In seguito alla diffusione comune di questi microrganismi anche differenti lesioni superficiali dell'integumento delle parti sessuali, per l'entrare dei microrganismi nella erosione, si cambiano in ulcera molle o diventano capaci di produrre un pus inoculabile.

Prof. **A. Ducrey** (Napoli), correlatore:

Signori! La prima domanda che ciascuno deve rivolgersi in questo argomento della natura dell'ulcera semplice contagiosa pare debba essere la seguente:

Tutte quelle soluzioni di continuo che fu dato di produrre sperimentalmente colla inoculazione di pus provenienti dalle fonti più diverse (Boeck, Bidenkap, Pick, Morgan, Finger, Anspitz, Wigglesworth, Tanturri, Vidal, ecc.) possono anche solo chimicamente identificarsi con le ulcere molli? Certo nessuno può escludere che in quelle soluzioni di continuo manca quel processo necrobiotico progressivo tanto caratteristico dell'ulcera molle; non si riscontra l'alto potere contagioso del secreto, che nell'ulcera venerea è di regola, così da vedere tanto spesso nelle vicinanze della lesione primitiva, per reinoculazioni spontanee, generarsi tutta una serie di ulcere figlie; manca quella tendenza distruttiva così spiccata da richiedere il più frequentemente l'uso di caustici profondi perchè si arresti.

Si ricordi che lo stesso Finger, nella sua comunicazione al Congresso medico di Strasburgo sulla natura dell'ulcera molle, nel riferire il risultato dei suoi esperimenti, ebbe a confessare che il successo non era abbastanza tipico perchè egli potesse designare i risultati ottenuti dalla inoculazione come ulcere molli. Il Rollet accennando ai risultati che si ottengono sulla cute dalle inoculazioni di pus preso da lesioni le più svariate, ha scritto: « on a fait quelquefois développer des pustules en inoculant du pus emprunté à la blennorrhagie, au chancre syphilitique, aux abcès simples....., mais ces pustules n'ont pas la marche rapide, progressive de la pustule du chancre simple; ce sont des pustules éphémères et si par hasard une plaie ulcéreuse leur succède, cette plaie n'a aucun des caractères du chancre et il faut des pansements irritants pour l'empêcher de se cicatriser. »

Quando si asserisce che con la inoculazione del contenuto di una pustola di scabbia o di una pustola di acne volgare si può ottenere una soluzione di continuo non differenziabile dall'ulcera molle, si viene naturalmente nella singolare conclusione che una pustola di scabbia o di acne

equivale ad un'ulcera venerea. Eppure chi non vede l'enorme differenza fra le due lesioni?

Ma concesso pure che, al semplice esame clinico di lesioni tanto diverse, si possano riscontrare talora caratteri che abbiano tendenza a confonderle fra loro, si avrebbe forse per questo il diritto di giudicarle proprio una medesima cosa, senza far ricorso prima ad altri mezzi di ricerca più minuta, capaci a differenziarli? Il Ricord, descrivendo l'ulcera venerea, disse: « le chancre n'est ni dans sa forme, ni dans aucun de ses caractères extérieurs; il est tout entier dans le pus qu'il sécrète ». Sarebbe forse oggi permesso di confondere insieme e di identificare una uretrite blenorragica con una uretrite semplice, solo perchè clinicamente i due processi possono aver punti di contatto molteplici fra loro? Certo non è mancato il tempo in cui la confusione fra l'uretrite blenorragica e l'utrite semplice era completa e a dileguarla vi fu bisogno di lunghe e pazienti ricerche batteriologiche e sperimentali; ora, anche a dileguare la confusione che vorrebbesi stabilire fra l'ulcera venerea e le altre ulcerazioni di natura comune, è necessario che si tenga la stessa via. I sostenitori della dottrina che vorrebbe negare all'ulcera venerea un virus specifico suo proprio, non dovrebbero dimenticare le parole scritte precisamente da uno di essi, dal Bumstead, le quali sono preziose in questa discussione: «..... si è supposto che il processo blenorragico dipendesse da un virus suo proprio, il virus gonorroico; ora si sa che può essere cagionato da un irritante semplice qualunque sia, ma più specialmente il pus uretrale o di altra mucosa infiammata; che questo pure abbia poi origine o meno da un contagio. Quale è stata la storia della gonorrea, tale possiamo predire sarà la storia dell'ulceroide ».

Nè basta vedere, poggiandosi ad un esperimento batteriologico, che la inoculazione di una coltura di stafilococco piogeno può talora mostrarsi capace di generare una soluzione di continuo suppurante che ricordi l'ulcera venerea per credersi autorizzati a confondere questa con un processo suppurativo qualsiasi. Se s'incide un ascessolino cutaneo determinato dai comuni piogeni, sia anche dallo stafilococco piogeno aureo, è noto come bastino di ordinario delle semplici lavande antisettiche per vedere il piccolo cavo ascessuale riempirsi di buone granulazioni e volgere rapidamente a guarigione; se invece, dopo la incisione di quel piccolo ascesso, si provi a deporre in quel pus un po' di secreto di ulcera molle, non tarda a vedersi iniziato un processo speciale di necrobiosi, pel quale i margini della soluzione di continuo si scollano e si frastagliano, il fondo piglia un aspetto lurido caratteristico ed una causticazione energica diviene indispensabile per mutare l'ulcera in piaga. Che cosa è mai accaduto? Evidentemente ai comuni piogeni, che si trovavano nel pus di quell'ascesso, qualche altro elemento parassitario più attivo è venuto ad aggiungersi, fornito di proprietà sue speciali; e questo elemento parmi logico ritenere debba essere precisamente quello specifico dell'ulcera molle.

Fu in base a queste considerazioni che io, fin da molti anni addietro, mi misi alla ricerca di un elemento specifico dell'ulcera venerea, e dopo di essermi ripetutamente assicurato che coi metodi ordinarii d'isolamento sui materiali di coltura artificiali non si riesce ad ottenere dal secreto dell'ulcera molle, che i microrganismi più comuni della suppurazione, dubitando che

l'elemento suo specifico non si sviluppasse sui terreni nutritivi artificiali, feci ricorso a quel metodo speciale d'isolamento sulla cute stessa dell'uomo in un ambiente affatto amicrobico, che ebbi l'onore di riferire, in tutti i suoi particolari, al Congresso Internazionale di dermatologia e sifilografia di Parigi (1889) e che non starò qui a ripetere per non abusare della benevola attenzione di questo illustre Consesso. Con quel metodo giunsi ad ottenere in serie delle ulcere veneree purificate, cioè a dire prive di tutti quei microrganismi che sogliono trovarsi consociati in ogni ulcera allo scoperto, potendo dimostrare nel secreto di esse costantemente ed unicamente uno speciale bacillo, che descrissi nei suoi principali caratteri, riguardanti sia la morfologia degli elementi che il modo di reagire alle diverse colorazioni. Questo bacillo, che nel secreto di tali ulceri esisteva in coltura pura, mostrò di non attecchire sopra nessuno dei terreni di coltura artificiali, nemmanco sul siero di sangue umano solidificato.

Numerosi lavori sperimentali sulla natura dell'ulcera molle sono andati apparendo dal 1891 sin'oggi, quasi tutti di controllo alle mie ricerche e confermanti pienamente i risultati di esse. Certo non v'è fra voi chi non abbia preso conoscenza delle pubblicazioni di Krefting, Unna, Quinquaud e M. Nicolle, Audry, W. Petersen, Ch. Nicolle, O. Petersen, Colombini, Dubreuilh e Lasnet, in guisa che io posso dispensarmi dal passarle, pur rapidamente, in rivista. Permettetemi solo che io vi confessi di essere stato lietissimo nel constatare che il primo fra questi lavori di controllo, quello del Krefting, è venuto fuori dalla clinica del professore Boeck, il quale per lo addietro era stato uno dei più caldi sostenitori della eterogenia dell'ulcera molle.

In questi ultimi tempi ho voluto ripetere alcune serie di inoculazioni successive sotto la cute dell'uomo da ulceri molli caratteristiche e col mio metodo ordinario, sia per riottenere del secreto ulceroso puro, contenente, cioè a dire, solo il bacillo specifico e ritentare con esso delle colture sopra altri sostrati nutritivi artificiali, sia, e più ancora, per procurarmi con la escissione di tutte le ulceri della serie, dall'ulcera madre all'ultima delle ulceri figlie, un serio materiale per la ricerca del bacillo stesso nel tessuto.

La escissione di tutte le ulceri di una serie mi avrebbe permesso inoltre uno studio comparativo del modo di presentarsi del bacillo nel secreto e nel tessuto di ogni pustola successiva. Con questo studio ho potuto convincermi nel modo più evidente dell'identità del bacillo da me descritto nel secreto fin dal 1889 con quello descritto più tardi da Unna in seno al tessuto, nell'anno 1892. Già questa identità potrebbe desumersi a priori, giacchè quando nel secreto di una pustola ulcerosa purificata si riscontra una specie batterica unica e nel tessuto dell'ulcera medesima non se ne riscontra che una sola del pari, è logica conseguenza che questa non possa essere che la stessa. Ma poi è argomento importantissimo che entrambi i microrganismi hanno forma bacillare, ed entrambi hanno molta affinità pei colori di anilina e si scolorano col metodo di Gram. Si aggiunga che la disposizione in catena degli elementi bacillari, d'ordinario molto accentuata nel tessuto dell'ulcera, può talora vedersi anche ben spiccata nel secreto, come parecchi osservatori hanno annunziato e come a me stesso fu dato di constatare in qualche preparato fra i molteplici eseguiti in questa nuova serie di ricerche.

Finalmente la rotondità degli estremi di ciascun elemento, spesso ben visibili nei preparati da secreto, e massime quando si tratti di elementi, isolati, può con frequenza essere anche bene appariscente in quelli che aprono e chiudono una serie di elementi in catena, conservando invece gl'intermedii esterni non rotondeggianti, ma piuttosto nettamente tagliati e ciò tanto nel secreto che nel tessuto.

Lo stesso dottore Unna, che al tempo delle sue pubblicazioni aveva qualche dubbio sulla identità dei due bacilli, così da non sapersi pronunziare, oggi, in seguito alla comunanza dei caratteri fra essi sempre meglio dimostrata, non ne dubita punto.

Fra i varii metodi di colorazione del bacillo in seno al tessuto quello di Unna ed anche quello di Nicolle sogliono riuscire assai bene.

Anche in questi nuovi tentativi di coltura del secreto ulceroso purificato sopra terreni nutritivi artificiali, per quanto avessi cercato di mutare la composizione di questi, non mi è riuscito di ottenere accenno alcuno a sviluppo. Le colture sono rimaste sempre costantemente sterili. Ciò malgrado, io giudico che il bacillo possa oramai ritenersi il vero elemento patogeno dell'ulcera semplice contagiosa, sia perchè lo si rinviene abbondantemente e con costanza nel secreto dell'ulcera ed anche profondamente nel tessuto di essa e sia perchè non lo si riscontra in altri prodotti o tessuti morbosi. Se è vero che manca fin oggi, per aversi una dimostrazione completa, il risultato positivo delle colture in mezzi artificiali e le inoculazioni positive delle colture stesse, è vero altresì che l'ulcera purificata, nella quale non si scorge che una specie batterica unica e sempre identica potrebbe considerarsi una coltura pura del bacillo specifico nel tessuto vivente.

Il Ducrey presenta numerosi preparati microscopici del secreto e del tessuto di ulceri molli.

Discussione

Prof. **R. Campana** (Roma): Ritengo che nello stato presente delle cognizioni di patologia non è possibile ammettere un'ulcera molle che provenga da un virus specifico, potendo originarsi un'ulcera semplice perfettamente simile alla così detta ulcera molle da una qualsiasi eruzione di origine settica; che la questione riguardante la genesi di questa forma morbosa è stata risoluta dal Tanturri coi suoi esperimenti sugl'infermi; che oggi non si può ammettere la possibilità d'isolare sempre uno stesso microrganismo da una lesione settica detta ulcera molle, quando per la stessa eresipela, morbo ben distinto clinicamente ed etiologicamente, non si parla più di semplici streptococchi come cagione del male, ma di diplococchi, bacilli, stafilococchi piogeni.

Prof. **P. Tommasoli** (Modena): Aggiunge a quelle di indole generale messe innanzi dal professor Campana, alcune osservazioni critiche di fatto. Il dottor Ducrey ha raccolto tutti i suoi studii e le sue comunicazioni su questo argomento della patogenesi dell'ulcera molle in questa formula sintetica: lo streptobacillo dell'ulcera molle sta ai microrganismi ulcerogeni (di Rocco De Luca, di Gibert, di Welander ecc.) come il gonococco di Neisser sta ai diversi microrganismi piogeni attivi sulle mucose. Orbene di

fronte a questa formula sintetica Tommasoli ha due cose da osservare: 1° se ammettiamo che la proposizione sia matematicamente esatta allora non troppo bene possiamo inferirne ancora sulla vera specificità dello streptobacillo perchè intorno alla patogenesi della blenorragia anche dalla relazione di Fonton abbiamo imparato che il gonococco è certamente un agente della blenorragia, ma non abbiamo imparato se sia veramente il solo; 2° ma la proposizione non è nemmeno matematicamente esatta perchè il gonococco fu già coltivato e lo streptobacillo no; colle culture pure del gonococco si ottennero riproduzioni di blenorragia e con lo streptobacillo ciò ancora non potè esser fatto, quindi ancora enorme rimane la differenza nella posizione dei due microrganismi. Il dottor Ducrey e tutti gli altri sia nei preparati del secreto come nei tagli delle ulceri molli provocate successivamente non trovano che lo streptobacillo, ma son essi proprio sicuri che null'altro esista accanto a lui ancora del tutto inesplorato e capace di avere nella genesi dell'ulcera molle una grande influenza? Le nuove formule di blenorragia e blenorroidi, ulcera molle e ulceroidi sono comode perchè conciliative, ma non hanno ancora risolta menomamente la questione, e Tommasoli deve conchiudere che alle ricerche del dottor Ducrey e degli altri debbasi dare il massimo peso, ma di fronte al problema ch'essi dicono di aver risolto dobbiamo ancora mantenerci in una benevola aspettativa.

Prof. **C. Pellizzari** (Pisa): È dispiacente di dover richiamare alcuni oratori che lo hanno preceduto ad un linguaggio un poco più esatto circa le malattie di cui hanno parlato, per rendere più facile che ci si intenda. Egli rimprovera, ad esempio, al collega professore Tommasoli d'essersi servito della denominazione di blenorragia, per designare anche quelle uretriti le quali sono determinate da germi di suppurazione diversi dal gonococco. Egli ritiene che oramai si deve conservare il nome di blenorragia soltanto alla uretrite determinata dal solo gonococco. Nello stesso modo non può accettare la denominazione di sepsi usata dal collega professor Campana abitualmente per designare fatti di suppurazione locale: gli sembra che nello stato attuale della scienza si dia un significato assai differente a tale denominazione. Lasciando poi da parte la questione dell'esattezza di linguaggio, egli ammette col professor Campana che per i varii germi della suppurazione si possano avere delle forme ulcerative cutanee, molto simili all'ulcera venerea, e dotate anche d'un potere straordinario di contagiosità (che potrebbe benissimo intendersi con la sede speciale occupata dalle forme cliniche da esso provocate, e dal fatto stesso dell'aumento di virulenza che sogliono acquistare tali germi reinoculandosi sullo stesso soggetto): così pure non crede di potere escludere la possibilità della simbiosi di un microrganismo specifico con altri germi della suppurazione, i quali ci potrebbero dare la spiegazione di tante differenze di decorsi ecc. Conviene infine col professore Tommasoli quando dice che il bacillo Ducrey, Krefting, Unna va accolto per ora con benevola aspettativa: certo non si potrà dire che esso è la cagione unica e sola di una speciale individualità clinica — l'ulcera venerea — finchè non si sia riusciti a coltivare detto bacillo e riprodurre con esso la forma clinica.

Prof. **D. Majocchi** (Bologna): Prendo la parola anch'io sopra questa importante questione per dichiarare che io pure sono già da anni uno dei

convertiti alla specificità dell'ulcera molle. Già la clinica aveva dimostrato che accanto ad una forma di ulcera molle eminentemente contagiosa, si ritrovavano altre forme ulcerose a carattere più benigno. Ora a me pare che il Ducrey sia partito dal concetto clinico dell'ulcera molle, vale a dire, di quella forma che si distingue pel carattere eminentemente distruttivo, e per il ripetersi in serie indefinita. E in questa forma, mercè le esperienze dal medesimo eseguite, fu da lui trovata costantemente la presenza di un bacillo con speciali caratteri, reperto confermato oggi da moltissimi ricercatori; nè si può pensare ad altro microrganismo, perchè con la diversa tecnina usata nel tessuto dall'ulcera non fu trovata altra combinazione microbica. A me pare che la coltura del bacillo dell'ulcera molle fatta sull'uomo dal dottore Ducrey sia pienamente dimostrativa tanto per la costante presenza, quanto per il numero grande dei bacilli stessi trovati in tutta la serie degli innesti sperimentali.

Prof. E. **De Amicis** (Napoli): Si associa perfettamente all'opinione emessa dal professore Majocchi sulla questione dell' ulcera venerea e ne accetta le conclusioni.

Prof. P. **de Petersen** (Saint-Pétersbourg): Messieurs! Dès qu'on a commencé à étudier les microbes, comme cause des maladies infectieuses, on a aussi commencé à chercher les microbes spécifiques des maladies vénériennes. Et on a obtenu des résultats. Nous avons maintenant le gonocoque de Neisser, producteur de la blennorrhagie; nous avons le bacille de Ducrey-Krefting pour le chancre mou. C'est un fait assez remarquable que, indépendamment les uns des autres, nous ayons trouvé le même bacille: Krefting à Christiania, Ducrey à Naples et moi à Saint-Pétersbourg.

Je suis absolument contraire à l'ancienne théorie de l'inoculation des différents pus, comme l'a soutenu encore aujourd'hui M. Finger.

Je suis persuadé que la cause du chancre mou, est précisément le bacille que M. Ducrey a le grand mérite d'avoir démontré.

Prof. V. **Brigidi** (Gênes):

Sur les neurofibromes musculaires dans un cas de fibroma molluscum.

Messieurs! Pour cette communication, j'ai préféré la section dermosyphilopathique, parce que les altérations pathologiques dont je vais vous référer les détails, furent observées chez un malade atteint de fibro-neuromes multiples, associés à fibroma molluscum multiple de la peau, et je pense que ça n'a pas été un simple effet du hasard, mais qu'un étroit rapport existait entre ces différentes altérations.

L'observation à laquelle j'ai fait allusion, fut l'objet d'un mémoire publié par M. Mazza et par celui qui a l'honneur de vous adresser la parole.

Et je suis revenu derechef cette année avec un autre écrit dans le but de compléter les détails qui, dans le premier mémoire, par des circonstances indépendantes de notre volonté, ne purent être exposés, et aussi pour mieux faire comprendre toute l'importance de ce cas.

Il me plait d'attirer votre attention sur l'examen de mes préparations qui ont été obtenues de deux petites tumeurs placées symétriquement dans le ventre majeur de chaque biceps crural[1]).

Quelques-unes de ces préparations furent faites avec la méthode de la lacération, après les avoir traitées auparavant avec le chlorure d'or, et les autres par section, colorées par différentes teintures et fixées à sec.

Toutes ces préparations présentent un tissu identique à celui des tumeurs fibreuses molles de la peau, surtout des plus petites: c'est un tissu conjonctif très richement pourvu de petites cellules avec des noyaux pour la plupart fusiformes.

J'ai porté ici les préparations de ces petites tumeurs cutanées, pour que vous puissiez en apprécier l'identité de texture avec les autres dont je vous ai parlé. Dans quelques-unes des préparations parmi celles traitées avec le chlorure d'or, l'on observe des fibres nerveuses éparses dans le tissu néoplastique; ce même fait se rencontre aussi dans les préparations de *fibroma molluscum* cutané, qui furent traitées avec l'acide osmique. Je dirai de plus: on observe aussi une texture identique dans les préparations, traitées de même, de fibroneuromes des nerfs périphériques: ce qui induit à retenir que les dites tumeurs des nerfs, de la peau et des muscles ont eu la même origine et reconnaissent les mêmes causes.

Pour ce motif, j'ai fini par retenir juste le nom de *fibroneuromes musculaires* pour les tumeurs qui font l'objet de la présente communication.

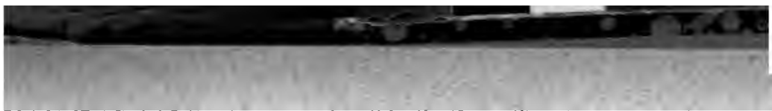
Le fait de la présence chez une même personne de tumeurs fibreuses sur les nerfs périphériques et leurs minces ramifications terminales de la peau et des muscles volontaires, associées à *fibroma molluscum*, dépose en faveur de l'opinion de Reklinghausen, qui fut le premier à reconnaître un étroit rapport de cause entre la région nerveuse et le développement des tumeurs cutanées.

J'accueille avec la plus grande réserve l'opinion de ceux qui soutiennent la thèse qu'il peut y avoir des cas de *fibroma molluscum* cutané multiple indépendamment des lésions des nerfs périphériques, et je doute fort qu'ils se soient trompés, soit pour n'avoir pas employé des méthodes appropriées, soit pour avoir entrepris les recherches dans des tumeurs où, à cause de la grosseur qu'elles avaient atteinte, les fibres nerveuses avaient disparu par atrophie dégénérative.

La présence de fibroneuromes dans les muscles volontaires, tels que je les ai observés dans ce cas, démontre, si je ne me trompe, qu'au développement du *fibroma molluscum* multiple de la peau contribuent des prédispositions toutes spéciales, mais surtout héréditaires, du système nerveux, comme du reste il résulte des observations enregistrées dans la littérature médicale.

Avant de finir, je sens le besoin de déclarer aux illustres collègues ici présents, que je leur serai obligé s'ils voudront bien m'indiquer d'autres cas de *fibroma molluscum multiple* de la peau, associés à des neuro-fibromes

[1]) Ces tumeurs étaient de la longueur d'un centimètre à un centimètre et demi; elles avaient l'aspect fibreux et étaient composées d'une masse centrale et de coques périphériques disposées concentriquement.



multiples, dans lesquels on ait aussi observé, dans les muscles volontaires, des productions fibromateuses ayant les mêmes caractères macroscopiques et la même origine de celles dont j'ai parlé.

Prof. **A. Breda** (Padova):

Contributo alle cheratodermie.

Conclusioni

1. Nevi verrucosi lineari estesissimi possono non seguire le distribuzioni nervose, nè le vasali, nè le linee del Voigt e, quantunque non pruriginosi, sono accompagnati da infiltrazione infiammatoria.

2. Nelle ipercheratosi del prolabio e della lingua si rendono manifesti strati di cellule granulose epiteliali che, in istato sano, non sono rilevabili.

3. Vi ha una dermatosì pruriginosa, sub-acuta, secca, diffusissima, eczematoide, che vuol essere ritenuta una cheratodermite diffusa, con ipercheratosi non follicolari.

4. Vanno unite in uno stesso soggetto talora due rare cheratodermiti, una che ricorda lo « eritema cheratoide » di Brocke e la « cheratodermia simmetrica » di Besnier, l'altra che richiama la « paracheratosi scutulare » di Unna, la prima differenziando da quelle nel decorso o nello aspetto, la seconda, dalla sua affine, per la incolumità dei follicoli.

Dott. **L. Levi** (Genova):

Contribuzione all'etiologia delle produzioni verrucose e cornee.

Facendo seguito ad una recente pubblicazione su di un corneoma del pene[1]) in cui non trovai alcuna forma parassitaria, non mi sembra fuori di proposito riferire a questo illustre Consesso un'osservazione che mi occorse di fare recentemente, di produzioni verrucose e cornee osservate sul volto di un'ultranonagenaria, produzioni che mostravano una distribuzione identica a quella del ramo superiore del trigemino di entrambi i lati. Trattandosi di una vecchia nonagenaria, in cui erano pochissimo conservate le facoltà mentali, non mi fu possibile apprendere nulla sopra la data di comparsa della malattia. Senza neppure pensare ad altra discutibile genesi delle suddette verruche, avendo veduto la distribuzione lungo il decorso di rami nervosi, fui indotto, circa l'etiologia, ad ammettere la possibilità di un'origine trofoneurotica.

La distribuzione con la quale si trovano talvolta le verruche senili della faccia farebbe pensare ad un rapporto genetico con lesioni trofiche di rami nervosi. È pur vero che questo fatto è più spiccato allorchè le forme verrucose sono congenite, ma noi non possiamo escludere che le verruche senili siano con sicurezza acquisite. Il vederne lo sviluppo nella età avanzata non esclude che possa esservi un germe epiteliale congenito, il quale, dietro stimoli o accidentali o quello stesso fisiologico dell'età, tardivamente manifesti la sua potenza formativa ipergenetica.

[1]) Contributo allo studio delle produzioni cornee del pene — Genova, tip. Sordo-muti, 1893.

In appoggio alla genesi nervosa si potrebbero qui addurre i fatti sperimentali di ferite di nervi, dietro le quali si verificarono produzioni cheratosiche lungo le aree innervate dai rami suddetti, come ancora forme di onicogrifosi ed ipertrichia. In quanto alla struttura di dette produzioni verrucose e cornee, nulla rinvenni di particolare e degno di speciale menzione; grande sviluppo di papille, aumentato spessore dello strato granuloso ed ipercheratosi.

Questo fatto, benchè si tratti di una sola osservazione, unito ad altri già noti, tende sempre più a mettere in evidenza la genesi neurotrofica di alcune forme verrucose e cornee.

Dott. G. **Soffiantini** (Pavia):

Ulteriore contributo allo studio del tessuto elastico nelle neoplasie fibrose della pelle.

Lo studio del tessuto elastico se fu fatto in questi ultimi tempi per ciò che concerne l'istologia normale, resta ancora a fare nel campo dell'istologia patologica. La molteplicità dei metodi suggeriti per lo studio del medesimo tessuto fu la causa principale che non sempre le investigazioni in proposito portassero ad identici risultati. Troppo lungo sarebbe se si volessero passare in rivista i principali di questi metodi, dei quali non faremo che accennare quello messo innanzi dal Taenzer, e che venne, si può dire, perfezionato dall'autore.

Con esso, l'autore intraprese a studiare il tessuto elastico in alcune neoplasie della pelle, e particolarmente nelle neoplasie fibrose, quali la sclerodermia, l'elefantiasi degli Arabi, il mollusco ed il cheloide.

Dalle ricerche dell'autore risulta che nella sclerodermia il tessuto elastico si mostra grandemente abbondante in tutti gli strati della cute, specialmente nel derma propriamente detto; è composto questo tessuto di fasci spesso ondulati, e di striscie specialmente parallele alla superficie, ed in tale abbondanza da mascherare il tessuto fibroso. L'autore non può asseverare se vi sia semplice inspessimento per una condensazione consecutiva all'atrofia del tessuto non elastico, ovvero neoformazione del tessuto elastico stesso. Nondimeno la ricchezza dello strato ipodermico in fasci elastici sembra favorire il concetto di una neoformazione.

Nella elefantiasi degli Arabi è notevole fra lo strato epidermico ed il derma l'esistenza di un considerevole spessore di tessuto neoformato, attraversato da numerosi vasi embrionali. Tale particolarità non sarebbe stata ancora descritta.

Al di sotto di questo strato di neoformazioni si trova lo strato dermico presentante numerosi fasci di tessuto elastico e nel limite fra il tessuto neoformato e lo strato dermico la presenza di corpi piriformi alla estremità delle fibre elastiche finissime. Nei diversi tumori dall'autore riuniti sotto il nome di molluschi (neoplasmi o congeniti, o datanti dai primi anni della vita) le fibre elastiche esistono in proporzione variabile, ora sono ammassi di fibre fine, stipate le une contro le altre nel centro del tumore e divergenti verso i margini, ovvero una rete di fibre fine senza direzione predominante.



Anche negli ammassi cellulari rassomiglianti al tessuto del sarcoma l'autore ha trovato delle finissime fibre elastiche. Adunque nei tumori congeniti del genere di quelli chiamati molluschi il tessuto elastico si trova rappresentato, mentre mancherebbe nei sarcomi e fibromi di origine recente, almeno secondo i casi dall'autore osservati.

Dott. **M. Oro** (Napoli):

Contributo clinico, anatomo-patologico e batteriologico allo studio della sclerodermia, già reso di pubblica ragione nel *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1894.*

Dr. **W. T. Corlett** (Cleveland — Ohio):

Cold as an etiological factor in diseases of the skin.

In reviewing the histories of the cases herein reported there will be found a close similarity in their mode of onset, course and termination, together with the appearance of the lesions themselves. These conform to a distinct type and in the writer's opinion are sufficient to establish the affection as a disease sui generis, for which he proposes the name *dermatitis hiemalis.*

Etiologically allied to the prurigo hiemalis of Duhring, yet presenting the clinical features described by Hutchinson under the title « Some peculiar eruptions allied to chilblains ».

Its distinctive features are:

1. Sudden appearance at the approach of cold weather.
2. Spontaneous cure in the Spring.
3. Liability to return in successive years, occupying the sites previously involved.
4. Its characteristic positon is the dorsal surface of the hands, next in frequency the corresponding position on the feet.
5. The disease shows little or no tendency to spread to other parts of the body, nor, after the lesions are fully developed, to extend at the periphery.
6. The eruption is characterized by variously sized, round, or, as involution proceeds, horse-shoe-shaped patches, which are slightly, sometimes markedly thickened, having an abrupt, well defined margin and of a dusky red or slightly erythematous color. At first vesicles are present which easily rupture, leaving denuded, weeping irregular pin-head to lentil-sized surfaces whose color is perceptibly stronger than the surrounding patch and may be likened to a raw-ham tint. The disease at this time often presents a striking resemblance to herpes. Later the patch takes on a faded-rose-colored hue and becomes covered with a thin layer of adherent scales. This may mark the subsidence of an annual attack, or after many years the eruption may assume this form.
7. Itching may or may not be present, when present it is paroxysmal.
8. Finally, as observed by the writer, the eruption is not associated with any other disease, nor in the cases reported has it been ascribed to any special bodily condition.

The treatment is mainly local and includes soothing or astringent measures as may be indicated. Failing in these a change of climate is to be recommended.

Doct. **P. Zambaco-Pacha** (Constantinople):

Traitement et curabilité de la lèpre.

La lèpre est une maladie que les anciens croyaient inguérissable; c'est une erreur. On voit souvent des malades mutilés par la lèpre, mais dans de bonnes conditions hygiéniques, vivre une vie très passable. Le fait que cela ne se vérifie pas dans les léproseries est dû tout simplement aux mauvaises conditions de ces établissements.

Le docteur Zambaco n'a vu que sept malades dans la léproserie de San Remo, tandis qu'autrefois il y en avait plus de cent; le docteur Aicardi lui a fait voir le portrait de deux femmes guéries.

Le docteur Zambaco a constaté des cas de lèpre guéri spontanément, malgré que les malades demeurassent dans la léproserie de Jérusalem, cloaque infecte où grouillent des lépreux aux membres atrocément ulcérés et suppurants, qui ne sont jamais ni lavés ni pansés; les privations les plus cruelles contribuent en outre à assombrir ce tableau navrant.

A Chio il a aussi rencontré des cas de lépreux guéris, tout en conservant les traces de la maladie passée.

Il croit donc que, même dans de mauvaises conditions hygiéniques, la lèpre à forme grave peut s'arrêter dans son évolution et permettre aux malades de vivre assez bien; dans les cas de formes frustes et atténuées, si le lépreux se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques, la guérison est presque toujours la règle.

Le docteur Zambaco-Pacha propose un traitement interne et externe pour les malades de lèpre en les mettant dans les meilleures conditions d'existence.

La lèpre doit donc être traitée, puisqu'elle peut guérir.

Feu le docteur Hardy, professeur à la Faculté de Paris, m'a affirmé avoir vu la lèpre s'arrêter et même rétrograder sous l'influence des soins hygiéniques et de la médication, principalement lorsque les malades vont vivre dans des pays où la lèpre n'est pas endémique. Feu le docteur Vidal m'avait cité aussi des faits qu'il considérait comme guéris depuis nombre d'années.

Le docteur Besnier m'a dit avoir vu la lèpre être entravée dans son évolution par le déplacement des malades et par une médication longue et patiente. Les malades que cet éminent dermatologiste a observés étaient des américains venus à Paris, ou des colons rentrés en France.

Le docteur Ferrari, dans son remarquable travail: *Sur la lèpre en Sicile*, cite aussi des cas de guérison.

Les médications conseillées et expérimentées contre la lèpre sont très nombreuses.

Le traitement interne employé partout aujourd'hui est l'huile de chaulmoogra.

Pour ce qui me concerne, je n'ai pas obtenu de grands résultats par son emploi.

La médication que j'institue, et à laquelle j'accorde le plus de confiance, est la suivante:

1. L'ergotine à haute dose pendant la période congestive et les poussées périodiques de la lèpre exsudative. Je suis arrivé à la dose de un et de deux grammes pendant des mois et même des années, sans constater les phénomènes décrits sous le nom d'ergotisme.

2. L'arsénic comme modificateur général pendant des mois avec interruption de temps à autre. Il a essayé les injections sous-cutanées de solution de Fowler avec succès, mais il a souvent dû y renoncer à cause de quelques inflammations locales vulgaires.

3. Les toniques, le quinquina, le kola, parfois les préparations ferrugineuses selon les indications individuelles.

4. Les bains et la propreté du corps produisent un effet bienfaisant principalement dans la forme exsudative et mutilante. Le régime alimentaire exerce une grande influence sur la marche de la lèpre, notamment dans les formes exsudative, maculeuse et mutilante. Partout où il a vu des lépreux continuer à se nourrir d'huile, de poissons salés et abuser des boissons alcooliques, ces malheureux se trouvaient dans un état de suppuration horrible, et souvent avec complications d'affections cutanées vulgaires (îles de l'Archipel, Jérusalem, Byzance, etc.).

5. Un traitement externe dans la lèpre exsudative consistant en la destruction du tubercule à l'aide du thermocautère Pâquelin. Il croit dans ce traitement souverain qu'il a été un des premiers à employer. Il avait fait part des succès obtenus au Congrès international de Copenhague en 1882. Il a fait fabriquer une pointe très mince en platine qu'il adapte au thermocautère; et une fois blanchi il l'enfonce profondément dans le tubercule et l'y maintient pendant quelques secondes. Le malade voit fumer ses chairs stoïquement, car il n'éprouve aucune douleur à cause de son insensibilité. Néanmoins, dans quelques rares cas, la sensibilité est plus ou moins conservée. Dans d'autres cas, le malade insensible à un grand nombre de cautérisations antérieures, commence à éprouver de la douleur à mesure que l'amélioration s'effectue; la sensibilité paraît revenir dans ces cas exceptionnels.

Il a pratiqué la cautérisation au moyen de l'appareil Pâquelin une ou deux fois par semaine, et il a cautérisé chaque fois un nombre plus ou moins grand de tuberculeux. A la suite de cette cautérisation on détruit les exsudats, on détermine une suppuration en général de bon aloi, et on produit un tissu cicatriciel qui succède aux tubercules. Je pense que les bons résultats obtenus par la cautérisation ignée doivent être attribues à la destruction sur place des microbes et de leurs colonies. La suppuration des exsudats est aussi le moyen salutaire que la nature emploie dans les guérisons spontanées, avec cette différence, que cette suppuration est tardive, l'organisme étant détérioré. De plus, la cautérisation empêche la résorption putride, consécutive à la mortification spontanée des exsudats.

Il a eu même le bonheur de voir s'arrêter des exsudats péricornéens à la suite de quelques cautérisations lestement et habilement faites sur la conjonctive. Et on sait que ces exsudats envahissent de plus en plus la cornée et amènent définitivement la cécité.

Dans la lèpre ulcéreuse, même à vastes surfaces dénudées, c'est encore par la cautérisation, cette fois-ci superficielle (avec le chamignon de l'appareil du docteur Pâquelin) que l'on obtient les meilleurs résultats.

Enfin, lorsque ces ulcères sont très réduites et que la cicatrisation complète vient d'être obtenue, la greffe épidermique pratiquée avec habileté par le docteur Lardy, chirurgien très distingué de l'hôpital Français de Constantinople, a donné des résultats de nature à encourager les expériences dans ce sens.

6. L'électricité est un moyen thérapeutique qui produit des bons résultats aussi, surtout dans la lèpre nerveuse. (L'on sait que la diminution de l'activité de la circulation capillaire, par suite de parésie ou de perte de la contractilité des vaisseaux terminaux produit des stases cutanées, des asphyxies locales et des télangiectasies des téguments). L'électricité a pour but d'exciter la contractilité du système capillaire, de resserrer les vaisseaux; elle agit comme l'ergotine.

Enfin, la faradisation combat l'atrophie musculaire des extrémités, si connue dans la lèpre nerveuse ou de Danielssen. Cette paralysie non combattue amène des lésions qui rendent à la longue les mains impropres à tout service.

Dott. **A. Carruccio** (Roma):

Tubercolina nel lupus.

Durante l'anno scolastico 1890-91 furono, nella R. Clinica Dermosifilopatica, sotto la direzione del compianto maestro, prof. Manassei, sottoposti alla cura della tubercolina dodici individui affetti da varie forme di lupus tuberculosus.

Le relative osservazioni cliniche unitamente ad alcune considerazioni sono state di recente, per cortesia e gentile pensiero, pubblicate per intero dal sig. prof. Campana nel primo fascicolo della « Clinica Dermosifilopatica di Roma ».

Daremo qui un breve riassunto accennando ai principali dati delle osservazioni.

Come si è detto, i casi sottoposti alla cura furono dodici, due uomini e dieci donne. In essi la malattia datava da un minimo di anni due ad un massimo di anni tredici.

La dose minima di tubercolina impiegata, durante la cura di uno degli infermi, fu di milligr. 35 (nove iniezioni); la dose massima milligr. 459 (27 iniezioni).

I fenomeni più rilevanti notati nelle parti affette durante la cura furono i seguenti:

Tumefazione, arrossimento, essudazione e trasudazione con rammollimento e distacco delle croste, o rammollimento dei noduli; ulcerazione o necrosi dei medesimi; formazione di croste, formazione di squamme, eritema sulle cicatrici, nuove eruzioni lupose.

I fenomeni più evidenti notati in tutto l'organismo durante la cura furono:

Brividi di freddo, cefalea più o meno intensa; febbre od aumento di temperatura; arsura, sonnolenza, pesantezza al capo, dolori articolari e mu-

scolari, senso di forte calore in tutto il corpo; nausee, talora vomiti, dolori addominali, eruzioni cutanee; aumento nel polso e nel respiro, sudori profusi; alcune complicanze; sintomi di reazioni spontanee.

In tre casi essendosi ottenuta, dopo un certo tempo, poca o nessuna modificazione nelle parti affette, fu unito alla cura suddetta il raschiamento e la cauterizzazione col nitrato d'argento.

Come esiti possiamo enumerare i seguenti:

Casi migliorati dieci, due dei quali con tale grado di miglioramento che al momento della loro uscita dalla Clinica si potevano dire guariti.

Su molti ci fu recidiva, però questa con manifestazioni sempre inferiori a quelle che si erano verificate prima della cura.

In due soli ci fu peggioramento locale; ma questo devesi ascrivere in parte alle molte soluzioni di continuo che presentavano gli infermi, le quali diedero luogo a notevole sepsi.

Il miglioramento fu più permanente in quei casi in cui fu fatta anche una cura con caustici applicati ove si vedevano accenni di recidiva o di rapida diffusione di nodi tubercolari già esistenti.

Dott. **J. Quattro-Ciocchi** (Roma):

Due rari esempii di necrosi totale dell'albuginea penis.

Riferisce su due casi.

Nel primo dei quali il contagio avveniva a mezzo della biancheria in cui in seguito ad ulceri veneree impropriamente curate si stabiliva una necrosi limitata alla sola aponevrosi propria del pene (albuginea penis), attaccandola in tutta la sua estensione ed in tutti i suoi prolungamenti, rispettando per altro i tessuti che le sono a contatto e cui è destinata ad involgere. L'A. fa notare come la limitazione della necrosi esclusivamente alla fascia albuginea penis sia un fatto estremamente raro.

Cercando di classificare i nostri casi speciali di cangrena, mi riporto all'ultima classificazione adottata nel recente Congresso Francese di Chirurgia, tenuto a Parigi nella seconda metà di aprile 1892 [1]), in cui si è svolto un rapporto completo sulla patogenesi e cura delle cangrene chirurgiche.

Per la patogenesi esse sono state distinte in due varietà: in trofiche e in tossiche; cioè si può avere la cangrena che dà setticoemia e la cangrena da setticoemia o intossicazione. Fanno parte della 1ª sezione le cangrene dovute a disturbi di origine vascolare-nervosa o a disorganizzazione cellulare per ustioni, traumi, compressione, ecc. E non è in questa sezione che possono essere classificati i nostri casi, perchè in essi l'origine fu infettiva; epperciò appartengono alla 2ª sezione, delle cangrene cioè dovute ad infezione settica.

Sono possibili allora tre casi:

1° Un microbo settico molto virulento determina da principio una setticoemia generale, di cui la cangrena della regione inoculata diventa il sintomo (cangrene in seguito a febbri settiche);

[1]) *Congrès Français de Chirurgie* — Sessione VI - Seduta del martedì sera, 19 aprile - Relatore Jeannel.

2° Un altro microbo determina la cangrena locale, prima d'invadere la economia (antrace, pustola maligna, ecc.);

3° Un altro microbo ancora, più o meno virulento, si sviluppa all'eccesso prima di cangrenare la regione di inoculazione. « Ce n'est pas le microbe qui est spécialement virulent, c'est l'organisme qui est débilité et cultivable, » dice testualmente il rapporto.

I nostri casi, a mio modo di vedere, possono rientrare appunto in questa 3ª specie. Non è affatto necessario, per le cangrene tossiche di questo terzo tipo, un microbo dotato di una virulenza speciale. « Il suffit alors que l'organisme inoculé soit placé dans un état d'infériorité telle, que ses tissus et ses humeurs réalisent un milieu de culture favorable au microbe septique ou pyogène ». Ebbene questo mezzo di cultura favorevole per lo sviluppo dei microrganismi, negli organi genitali dei due nostri infermi, veniva offerto dall'aponevrosi peniena, come quella che, a mio credere, a contatto del virus venereo, segregato dalle ulceri gedeniche, si lasciava prendere dal processo invadente necrobiotico più facilmente degli altri tessuti circonvicini, cadendo in necrosi prima di questi; e ciò in forza del suo proprio coefficiente di resistenza e vitalità biologicamente minore. E per giunta nel Verghi questo *quid minoris resistentiae* era divenuto relativamente anche maggiore per lo stato speciale di inferiorità creato nel suo organismo dal deperimento in cui era caduto per l'avvelenamento cronico da alcool e per l'ateromasia tanto estesa.

Sesta Seduta.

4 Aprile 1894, ore 9.

Presidenti: Dott. Gruenfeld (*Vienna*) assistito dal prof. Giovannini (*Torino*) dalle 9 alle 11; dott. de Watraszewski (*Cracovia*) assistito dal prof. Mibelli (*Parma*) dalle 11 alle 13.

RELAZIONE.

Sulla cura della sifilide ed in ispecie del momento più opportuno ad incominciare il trattamento mercuriale.

Doct. L. **Jullien** (Paris), rapporteur:

Les syphiligraphes sont peu d'accord sur la question de savoir à quel moment il convient de commencer le traitement général de la syphilis. Les uns se hâtent de donner le mercure dès la constatation du chancre, les autres jugent plus sage d'attendre l'éclosion des accidents secondaires. Tous les Congrès spéciaux permettent de constater l'état stationnaire de cette dissidence, qui semble plutôt basée sur des traditions d'école et des impres-

sions personnelles, que sur des arguments et des statistiques scientifiquement élaborées. La question reste donc en litige avec un égal nombre d'autorités imposantes pour appuyer les deux opinions qui se contredisent.

Cependant, dès 1863, dans ses belles *Leçons sur l'histoire naturelle de la syphilis*, Diday, qui, le premier, tenta de soumettre le problème au contrôle de la clinique, avait remarqué une légère différence entre deux séries de cas, les uns laissés sans traitement, les autres mercurialisés dès le premier jour; dans ces derniers les accidents secondaires avaient été retardés de sept jours en moyenne, mais cette prolongation de la seconde incubation parut de peu d'importance, les éruptions n'étaient pas évitées et leur gravité semblait être restée la même. On ajouta que, à s'administrer de bonne heure, le mercure perdait de son efficacité et que les syphilides dont il avait retardé la venue, se montraient par la suite moins dociles à son action.

En 1874, je cherchai moi-même à étudier l'influence du traitement initial sur l'évolution des phases tardives, et l'examen de plusieurs centaines de faits m'induisit à conclure que la mercurialisation hâtive avait, dans une notable mesure, l'avantage de prévenir la précocité des accidents tertiaires. Dans les diverses éditions de mon *Traité des maladies vénériennes*, je crus devoir recommander cette ligne de conduite comme la plus logique et la plus avantageuse.

En m'y confirmant strictement dans la pratique, je ne manquai pas de faire profiter mes malades des avantages de la cure hypodermique. Les faits jetés dans le débat remontaient à une époque déjà ancienne, trop ancienne pour relever de la moderne thérapeutique, et il était intéressant d'en reproduire l'expérience avec les méthodes nouvellement préconisées pour introduire le mercure dans l'organisme. J'ai surtout en vue ici l'injection de calomel. Il me semblait que si l'on avait jadis constaté de bons résultats par la pilule de protoiodure et le sublimé, on devait obtenir bien mieux encore avec un moyen dont nul ne discute l'efficacité incomparable.

Ce raisonnement ne m'avait pas trompé; dès les premiers cas soumis à ce mode de traitement, je vérifiai d'abord la loi du retard si exactement formulée par Diday, mais au lieu de quelques jours, c'étaient des semaines que les éruptions mettaient à poindre. En second lieu je ne tardai pas à reconnaître qu'elles n'apparaissaient que modifiées, diminuées et comme étiolées, attestant une fois de plus cette vérité: qu'en matière de virus, retarder c'est atténuer.

Quand, par un agent quelconque, on réussit à diminuer l'intensité d'un principe morbide, on ne peut se défendre l'espoir de pousser cette atténuation à ses dernières limites. Ce problème s'imposait donc à notre esprit, et il ne nous semblait pas qu'il fût irréalisable, par une mercurialisation plus diligente, plus énergique, plus persévérante, de combattre la syphilis dès la première heure assez rigoureusement pour annihiler toutes les manifestations subséquentes, ou toutes au moins les amoindrir dans une mesure qui équivalût presque à la guérison.

Je me propose d'exposer le traitement qu'après maints essais j'ai reconnu le meilleur, mais je suis loin de prétendre qu'il n'y en ait qu'un seul. Il n'est pas de spécialiste qui n'ait été à même de constater par hasard des cas heureux d'arrêt de la syphilis consécutifs à l'emploi de

divers remèdes. Dans un précédent mémoire, lu au Congrès de Berlin, j'en ai fait connaître quelques observations accidentelles que je considérais déjà comme d'encourageantes surprises. C'est l'examen de ces faits venant à l'appui des considérations déjà exposées qui m'a conduit à chercher une méthode générale, systématique, en faisant choix du plus puissant moyen de mercurialisation.

Ce moyen, c'est l'injection de calomel que nous devons à Scarenzio, et que Smirnoff a perfectionnée. J'emploie le sel suspendu dans la vaseline liquide, suivant une formule donnée par Balzer: calomel 1 gramme, vaseline 10 grammes, pour dix injections. Il est bien entendu que ces substances doivent être purifiées avec un soin particulier, que le calomel à la vapeur aura été lavé à l'alcool et séché dans l'étuve, la pétro-vaseline distillée, que le mélange sera fait dans un mortier lavé et flambé et qu'il sera enfermé en un récipient rigoureusement aseptique. Mêmes précautions seront observées au cours de l'injection, seringues et canules bouillies, téguments brossés et lavés au savon, puis au sublimé, puis à l'éther. Cela fait, le mélange est poussé profondément dans les muscles de la fosse iliaque externe, à quatre ou cinq centimètres de la crête, et la petite piqûre fermée au collodion.

Je me hâte de dire que, dans ces conditions, l'injection de calomel ne fait courir aucun danger d'intoxication, ni même de salivation, si l'on s'est assuré au préalable que les reins fonctionnent bien et que les gencives sont en bon état. On n'a pas davantage à redouter les phlegmons, si l'on s'astreint à faire l'injection au domicile du malade et s'il consent à garder chez lui un repos relatif pendant un jour o deux. Au surplus, s'il survenait, et cela est fort exceptionnel, un gonflement avec production de quelques gouttes de liquide chocolat s'éliminant par un minime pertuis cutané, la complication serait négligeable et l'efficacité du remède n'en serait en rien diminuée.

Cette efficacité a été mise en lumière tant de fois, et dans des occasions si diverses, on a si nettement établi sa rapidité, son intensité, son caractère héroïque par la précision et la clarté des résultats, qu'il me semble inutile d'y revenir. Je ne veux insister que sur un point relatif à la durée de l'imprégnation.

Il est certain qu'une petite quantité du sel peut rester en réserve dans les foyers. Pour m'en rendre compte, j'ai fait nombre d'injections à des animaux sur lesquels je m'assurai d'abord de l'innocuité du procédé; en outre, sur un de mes lapins, sacrifié dix-huit mois plus tard, je retrouvai très nettement dans le tissu sous-cutané la place d'une de ces piqûres, et l'analyse chimique me permit d'y reconnaître des traces indéniables de mercure. Cette particularité me semble d'un grand intérêt, et devait constituer une garantie pour le succès des tentatives que j'avais en vue, mais, en même temps, elle commandait une grande prudence pour le maniement d'un médicament susceptible de s'accumuler dans l'organisme, et il importait de reconnaître, à des signes prémonitoires, la saturation calomélique. Je les énonce ici tels que la clinique me les a révélés: gingivite, sentiment de constriction thoracique, tendance à la syncope. Ces indices éphémères permettent de suspendre, en temps opportun, le traitement intense et d'éviter l'intoxication que, pour mon compte, je n'ai jamais observée.

Un syphilome reconnu, et étant donné que les conditions ne se prêtent pas à l'excision, commencer immédiatement l'administration du calomel est ma règle. Je pique, à gauche ou à droite, dans la partie propice la plus voisine du mal. S'il siège sur la face ou le sein, je choisis l'une des fosses scapulaires et j'injecte dans les fibres du sus-épineux. Le premier résultat est l'entrave apportée au développement du chancre; constitué, étalé ou creux, il se cicatrise rapidement; à son début, herpétiforme ou miliaire, il y a de grandes chances pour que son volume reste tel, et que d'érosif il ne devienne jamais ulcéreux. Pour qui douterait d'un diagnostic précoce et resterait indécis sur la nature de l'ulcère, cette circonstance ne serait pas faite pour lever toute incertitude, d'autant plus que les suites à prévoir vont différer essentiellement de celles qui marquent l'évolution ordinaire de l'infection spécifique. J'estime cependant qu'un œil et un doigt exercés ne s'y trompent pas, et qu'en s'aidant des commémoratifs, surtout de la confrontation, quand on le peut, on base un jugement qui peut se passer de la confirmation ultérieure.

En renouvelant de quinze en quinze jours ces injections, dans des conditions qui seront précisées plus loin, il y a lieu de penser que le virus subit une atteinte considérable, car les délais habituels de l'incubation seconde, cette date de six semaines, si généralement exacte qu'elle en est presque fatidique, s'écoulent sans manifestations caractéristiques. Vainement multiplie-t-on les inspections pour surprendre érythème, roséole ou papule, la syphilis peut être enrayée dès le début, et pour toujours: c'est l'idéal du traitement abortif. Ou bien, c'est dans le cours du deuxième, du troisième ou du quatrième mois qu'il m'est arrivé de découvrir d'abord sur la muqueuse buccale et ensuite sur l'enveloppe cutanée, presque toujours dans cet ordre-là, les lésions attribuables à la syphilis. Mais que sont ces lésions? Sur les amygdales et les piliers, des entamures superficielles, que les malades et moi-même fûmes souvent tentés de rapporter à une cause vulgaire; quelquefois hypertrophie et ulcération réelle, ce cas est rare. Et comme dermatose, je vis des éruptions méconnaissables, avortées, limitées à de discrets éléments, très souvent corymbiformes. Dans un cas, c'est une seule papule au 67e jour et vingt macules au 138e, ou bien des taches très vagues sur l'abdomen. Dans trois cas, je vis un petit groupe de coups de pinceau, d'un rouge assez animé sur les omoplates, où ils persistèrent peu. Le tégument fut parfois entièrement préservé, et je remarque précisément que ces malades furent ceux que je pus traiter le plus hâtivement et avec le plus de persévérance, c'est-à-dire dont je vis les chancres dès les tout premiers jours, et qui, soumis d'emblée au traitement intense, n'eurent par la suite que de moindres ulcères. Ne semble-t-il pas que chez ces privilégiés l'injection ait été tarie à la source? Malheureusement, mes tentatives furent presque infructueuses lorsque je ne pus agir que tard, après deux ou trois semaines de durée de l'ulcère primitif, ou lorsque, pour des raisons particulières, je dus soit interrompre mes injections, soit les répéter à de trop longs intervalles.

Quoi qu'il en soit, les faits auxquels je viens de faire allusion attestent bien là une injection inusitée et légère entre toutes, car les sujets devaient rester ultérieurement préservés, ainsi que j'ai pu m'en assurer en les observant attentivement depuis plusieurs années. Mon plus ancien malade, un

officier, avait le chancre de la rainure quand je lui fis sa première injection, le 25 décembre 1890. Toute la syphilis s'est bornée pour lui à quelques érosions amygdaliennes et à d'indécises marbrures sur le thorax vers le troisième mois; encore n'en tiens-je compte que par un scrupule de vérité, car leur nature ne me fut pas très clairement démontrée. Trois ans et demi se sont écoulés sans démentir ces promesses de l'heureux début. Chez un médecin que j'observe depuis novembre 1891, la seule confirmation de la maladie est une papule; je l'engage à la défiance, mais en juillet 1892 il se marie, sans que, depuis bientôt deux ans, il ait eu à s'en repentir.

Même résultat chez un arménien, traité dès le mois d'octobre 1891, et qui n'eut jamais que des accidents herpétiformes des tonsilles. Mon regretté maître Horteloup examina ce malade en avril 1892, et autorisa le mariage qui eut lieu au mois d'octobre de la même année; aucun symptôme nouveau n'était apparu à la date du 30 janvier dernier.

Un quatrième, enfin, dont je traitai les chancres au 14e jour seulement, alors que déjà ils étaient accompagnés d'énormes ganglions, eut des manifestations presque aussi imperceptibles, mais moins fugaces, du côté de la langue et des piliers.

On ne manquera pas de dire, pour interpréter cette série de succès que c'est faveur du hasard, que la syphilis tend de jour en jour à la bénignité, que certains chancres durs demeurent exempts des suites infectieuses; mais ce sont-là des occurrences d'une grande rareté, et si l'on n'admet pas que je les provoque, leur fréquence dans le champ de mon observation reste inexplicable.

Une question se présente maintenant à l'esprit. Ces malades sont ils guéris? n'auront-ils plus à compter avec les accidents du décours de la syphilis? On comprend que sur ce point je ne puisse répondre que par induction. Est-il illogique de considérer trois ans et demi de presque immunité comme un gage de sécurité pour l'avenir? Je ne le pense pas. Le raisonnement me dit qu'ayant mis en jeu, dès la première heure, l'action d'un antisyphilitique éprouvé, soit qu'il frappe les organismes morbides eux-mêmes, soit qu'il modifie, dans un sens contraire à leur développement, les conditions du milieu humain, j'ai atteint le virus à l'heure des proliférations décisives, et que plus tard mes injections réitérées de la même substance ont sans cesse agi sur un produit chaque fois plus affaibli et d'une vitalité graduellement atténuée, probablement atténuée jusqu'à l'extinction. Il se passerait ainsi quelque chose de comparable à ce que les bactériologistes obtiennent *in vitro*, quand dans un but d'inoculation préventive et même curative, ils préparent avec les microbes les plus dangereux, des cultures que, d'atténuation en atténuation, ils savent rendre inoffensives. Je sais bien que, en pareille matière, et lorsqu'il s'agit d'une maladie dont les trèves et les acalmies trompeuses nous sont connues, il serait illusoire de se confier au raisonnement, et que de l'expérience seule il convient d'attendre la notion des résultats définitifs et la confirmation de nos espérances. Mais quand je vois la perturbation du cycle naguère immuable, ces éruptions disparates, ces périodes supprimées ou amoindries, je ne puis m'empêcher de croire, qu'ayant les moyens d'agir sur la cause première, de l'affaiblir, sinon de l'anéantir, ses conséquences ultimes sont à notre merci.

On m'accordera tout au moins que, au degré auquel l'ont eue certains de mes opérés, la syphilis n'est plus la syphilis, et les malades, que ce seul mot terrifie, ne sont pas les derniers à faire part de leur étonnement.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intense, à quelles doses, à quels intervalles doit-il être administré? Problème difficile, car dans l'hypothèse la plus heureuse, nous manquons de jalons pour guider notre pratique.

Pendant les deux premiers mois, je l'ai dit déjà, je donne l'injection de calomel tous les quinze jours; encore cette prescription ne comporte-t-elle rien d'absolument mathématique. Si chez les sujets de résistance et d'embonpoint ordinaires, dix centigrammes de calomel sont bien supportés, il paraîtra sage d'abaisser cette dose chez les chétifs ou les individus de petite taille, et de s'en tenir pour l'inoculation de quinzaine à huit, à six ou cinq centigrammes. Il y aurait ainsi lieu de mesurer la quantité du remède d'après le poids du corps, et je ne pense pas qu'il soit bien difficile d'établir une échelle raisonnée de coefficient à cet égard.

De même pour la question du laps qui doit séparer les injections, les deux premiers mois passés, l'heure est venue de diminuer la rigueur du traitement et de laisser un croissant intervalle, vingt jours, puis vingt-cinq, puis trente, au fur et à mesure que l'immunité s'affirme. Après le sixième mois, je surveille encore mes malades pour guetter une éventualité éruptive et y parer, s'il y a lieu. Mais alors le calomel ne reconnaît plus les mêmes pressantes indications, et il est sans inconvénients de lui substituer l'huile grise, le thymole-acétate ou telle autre injection soluble, voire même, au gré de l'intéressé, les préparations qui s'administrent par la voie buccale.

Ce travail est basé sur l'examen d'un très grand nombre de malades, et surtout l'étude approfondie de trente observations, au cours desquelles, à des degrés divers et avec des fortunes variées, j'ai mis en pratique les principes que je viens d'exposer. J'ai pesé les circonstances qui ont favorisé ou desservi mon effort thérapeutique, et de la comparaison des résultats est née pour moi cette conviction, que le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion, je veux dire, sans attendre la phase floride des manifestations généralisées.

Il n'est pas une maladie contre laquelle la science ne nous enseigne qu'il faut lutter dès le principe. Si contre la plupart d'entre elles, nous avons été jusqu'ici désarmés ou livrés aux plus aveugles pratiques de l'empirisme, de tous les côtés, dans toutes les écoles, par la bactériologie et la chimie, la médecine moderne s'acharne à chercher l'abortion ou l'atténuation hâtive des germes.

Or il se trouve que, nous autres syphiligraphes, nous sommes depuis des siècles en possession du plus puissant spécifique contre le mal que nous avons à combattre. Ne serait ce pas une véritable aberration que d'en différer l'emploi, alors que ce mal est là, constaté, menaçant, inéluctable? Je ne sais si les faits que je viens d'exposer réussiront à porter la conviction dans les esprits, mais je me résumerai en répétant, et ce sera la conclusion de ce mémoire, que répudier la thérapeutique effective pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule pour im-

prégner tout l'organisme, c'est se résigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une injection que nous savons ne pas avoir de fin.

Doct. L. **Jullien** (Paris):

Des effets abortifs du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis.

Résumé

En 1863, Diday constata que les accidents secondaires étaient retardés de sept jours chez les sujets mercurialisés *ab initio*. En 1874 j'ai prouvé, d'après une statistique basée sur plusieurs centaines de faits, que dans les mêmes conditions les accidents tertiaires subissaient eux-mêmes un retard de plusieurs années. Je me suis demandé dès lors si, par un traitement plus intense, tel que celui qu'on réalise au moyen des injections sous-cutanées, on n'obtiendrait pas des effets comparables ou équivalant à une atténuation très grande, même à une abortion; et j'ai fait choix des injections de calomel suspendu dans la vaseline liquide, pratiquées avec les plus minutieuses précautions antiseptiques.

Cette méthode, que nous devons à Scarenzio et à Smirnoff, est précieuse pour imprégner l'organisme, et l'expérience sur les animaux m'a prouvé qu'une petite quantité du sel pouvait rester en réserve dans les foyers. Aussi faut-il en user avec prudence et s'attacher à surprendre les signes de la saturation calomélique: gingivite, sentiment de constriction thoracique, éblouissements, tendance à la syncope.

Ces précautions étant observées, je pratique l'injection dès la constatation du chancre, et je la renouvelle de quinze en quinze jours. Le premier résultat est l'arrêt de développement et la prompte cicatrisation de l'ulcère. Dans quelques cas heureux la syphilis est ainsi enrayée et pour toujours, c'est l'idéal du traitement abortif. Dans les autres on observe, dans le cours de deux, trois ou quatre mois, plus ou moins longtemps après l'expiration des délais de l'incubation seconde, des accidents fugaces, ébauchés et comme étiolés. J'ai vu une syphilis s'accuser par une seule papule, ou quelques marbrures indécises sur l'abdomen, quelques érosions herpétiformes des piliers, et cette préservation ne se pas démentir depuis bientôt quatre ans; deux de mes opérés se sont mariés moins d'un an après le début du mal, et n'ont pas eu à s'en repentir. Sont-ils guéris définitivement? Je n'ose l'affirmer, mais je les observe avec confiance, parce que je me dis qu'ayant atteint le virus dès la première heure, mes injections réitérées ont sans cesse agi sur un produit chaque fois plus affaibli, et d'une vitalité graduellement atténuée, probablement atténuée jusqu'à l'extinction.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intense? Pendant les deux premiers mois j'injecte, comme je l'ai dit plus haut. Plus tard je laisse un intervalle croissant de vingt, vingt-cinq, trente jours, en appropriant les doses à la résistance et au poids du corps du malade. Au-delà du sixième mois, le calomel peut être remplacé par l'huile grise, le thymolo-acétate ou telle autre méthode moins rigoureuse.

Ce travail, complément d'un mémoire lu au Congrès de Berlin, est basé sur l'examen d'un très grand nombre de malades, et surtout l'étude approfondie de trente observations, au cours desquelles j'ai mis en pratique les principes que je viens d'exposer.

De cette comparaison est née, pour moi, cette conviction, que le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion, et que ayant en main, depuis des siècles, le plus admirable spécifique, ce serait une réelle abdication que d'en répudier l'emploi à l'heure où le virus pullule pour envahir tout l'organisme.

Prof. **Mracek** (Vienna), correlatore.

(*Si scusa di non poter intervenire*).

Prof. **P. Tommasoli** (Modena), correlatore:

Illustri colleghi, il mio còmpito, in questa quistione della cura della sifilide, si riduce unicamente a riferire i risultati delle mie ultime esperienze e lo stato attuale della così detta *emoterapia della sifilide*. È noto che il dottor Kollmann, dopo la breve polemica avuta con me, ha ripetuto le esperienze da me fatte, iniettando siero di montone sterilizzato e a grandi dosi, ed è pur noto che i suoi risultati furono di nuovo completamente negativi. Ora, mentre egli, e forse molti altri che ancora non pubblicarono le loro prove, sperimentavano, io pure ho seguitato nel mio meglio a sperimentare, ed ecco ciò che ottenni:

Nel 1893 io ho curato con siero di sangue di bove altri 12 sifilitici in diversi stadii della sifilide, ma di preferenza con sifilide recente, e in tutti questi ho adoperato sempre siero fresco, talvolta anche torbido non mai sterilizzato, e con una sola differenza dai metodi di esperienze prima eseguite, colla differenza cioè di un molto maggior spazio di tempo frapposto fra una iniezione e l'altra nell'intento di ridurre il più possibile le reazioni locali e generali che dalle iniezioni di siero non sterilizzato avevo visto ingenerarsi.

Nel 1894 poi io ho ancora sottoposto altri tre malati di sifilide recente allo stesso metodo di cura: soltanto in questi invece di siero puro e semplice ho adoperato anche preparati mercuriali, aggiungendo talvolta, nell'atto stesso dell'iniezione, tenuissime quantità di una soluzione di sublimato al siero da iniettare.

Con queste diverse prove io ho veduto sempre nel più dei casi le manifestazioni sifilitiche andarsene con la solita rapidità già prima verificata, specie quando si trattò di forme umide, vegetanti, inserpiginose, esulcerate. Però in alcuni casi di forme papulose secche e di forme papulo-serpiginose questa rapida scomparsa delle manifestazioni non si verificò menomamente. In quanto alle reazioni locali e generali io ho avuto sempre da lamentare, sebbene in molto minori proporzioni, gli stessi fatti già verificatisi nelle prime esperienze del 1892. E in quanto, da ultimo, ai resultati, diremo così, lontani o finali, ecco ciò che ho da riferire:

Nel 1893 su dodici nuovi sperimentati, quattro non poterono per diverse ragioni proseguire la cura e sono da escludersi da qualsiasi considerazione. Degli altri otto uno solo è guarito rapidamente di forme recenti e gravi di sifilide (sifiloma iniziale grave, roseola universale, papule ulce-

rose e vegetanti ai genitali, cefalea, alopecia) e non ha più presentato ancora una qualsiasi recidiva specifica: quattro guarirono presto delle forme in corso, ma hanno poi sollecitamente presentato delle recidive: e tre guarirono stentatamente delle manifestazioni in corso ed hanno poi essi pure presentato recidive.

Dei tre in cui ho sperimentato nel 1894 (gennaio e febbraio), uno sospese troppo presto la sua cura avendo dovuto uscire di clinica, e gli altri due guarirono sollecitamente, ma sono da troppo poco tempo trattati perchè se ne parli più oltre.

E ciò per le esperienze non ancora mai notificate al pubblico. In quanto a quelle del 1892 già estesamente fatte da me note in un'ampia relazione, di tredici malati sette hanno presentato delle recidive, e sei veduti da me o dai miei assistenti di tanto in tanto, non hanno dato più alcun segno, per quanto è a me noto, della infezione pregressa.

Così noi possiamo concludere: aumentando le esperienze e tenendo in conto anche le esperienze altrui, una cosa è per me divenuta certa, e cioè che questo primo metodo di cura della sifilide con siero di sangue di animali notoriamente immuni dalla sifilide non ci dà diritto a rallegrarci troppo di lui e le speranze che io aveva, con tutte le debite riserve, concepite ed espresse, non si sono davvero aumentate. L'azione immediata che io verificai può essere diversamente spiegata vuoi in parte con la migliore igiene generale e locale dei malati, vuoi con l'azione che possono avervi esercitata i fenomeni reattivi, specie la febbre, ben ricordando con Ippocrate che ciò che i farmaci non curano spesso la febbre cura. Così possono essere diversamente spiegati i cinque o sei casi in cui dopo la cura emoterapica non si riprodussero più manifestazioni specifiche. Però tenuto conto: 1° che il dottor Kollmann nelle sue recenti esperienze ha usato siero sterilizzato, e forse per il fatto della sterilizzazione, non più atto ad agire terapeuticamente; 2° che le mie ultime esperienze del 1893 e del 1894 sono state fatte con un lasso di tempo fra iniezione e iniezione più grande del solito e tale da poter lasciar supporre che in questa diminuita intensità della cura debba ricercarsi la sua energia tanto minore; 3° che queste mie ultime esperienze sono state fatte in due annate nelle quali sì la moltitudine dei sifilitici come la insolita gravezza delle loro manifestazioni ci induce a credere che sia in corso per la regione in cui io sperimentai fin qui (Modena) uno di quei periodi di rinvigorimento della sifilide che il professor Celso Pellizzari ha secondo me molto felicemente messi in vista; perciò tenuto conto di tutto questo io opino che non sia ancora arrivato il momento di abbandonare gli esperimenti intorno a questo metodo di cura, considerandolo di già come definitivamente condannato.

Se i metodi finora tentati sono riusciti poco felici il principio che li ispirò resta intatto. E quindi io penso di poter concludere che i tentativi e i metodi sin qui messi in pratica sia dal Pellizzari, sia dal Mazza, sia dal Bonaduce, sia dal Kollmann, sia da me, debbano essere estesi, moltiplicati, modificati e non abbandonati. E se anche non si vorrà troppo domandare all'emoterapia come mezzo per vincere la sifilide già in corso, io credo debbasi insistere, sempre fermo ai principii che la ispirarono e non ancora smentiti, per vedere di trarne partito o ad attenuare la sifilide già in corso, o meglio ancora a immunizzare chi ancora non ne fu affetto.

Prof. **C. Schiff** (Vienna), correlatore:

Senza lunghi preamboli ed ampie escursioni sul terreno della patologia e terapia della sifilide mi limiterò ad esporre due tesi dettate dalle proprie esperienze e da osservazioni altrui studiate attentamente:

1. La cura preventiva non offre nessun vantaggio, non potendo impedire la manifestazione di sintomi secondarii. Se i difensori di questo metodo affermano questo fatto devo pretendere dal lato mio che anche senza nessuna terapia avviene che affezioni primarie restino senza nessuna conseguenza; dunque ciò non prova nulla.

Ad 1. — In ogni caso ove sia possibile, consiglio l'escissione dell'affezione primaria. L'operazione è minima e offre tanti vantaggi locali che già dal lato pratico (senza divagarmi sul terreno della questione scientifica dell'escissione che non è all'ordine del giorno) dovrebbe essere accettata.

2. La terapia della sifilide deve essere individualizzata. Ogni preparato mercuriale e iodico può avere i suoi vantaggi e può nuocere. Perciò non si può stabilire un metodo modello.

Discussione

Dott. **L. Mannino** (Palermo): Fin dal 1888, come ho pubblicato in un *rendiconto* edito dalla *Sicilia Medica* di quell'anno, io ho cominciato la cura intensiva e precoce della sifilide allo scopo di attenuarne o prevenirne le manifestazioni, ed oggi sono contentissimo di potere confermare i fatti riferitici dal collega Jullien, di cui divido completamente le idee nella quistione importantissima che discutiamo.

Non tornerò perciò a parlare delle ragioni così bene esposte dal Jullien, per le quali siamo stati indotti a ritentare la cura precoce della sifilide, servendoci sopratutto delle iniezioni di calomelano. Dico soltanto, che partigiano convinto della teoria onde la sifilide non si generalizza nell'economia umana colla rapidità del fulmine, e che perciò il sifiloma iniziale non rappresenta una prima manifestazione dell'infezione già generalizzata, sono convinto altresì, che malgrado i lodevoli e generosi sforzi degli emoterapisti, il mercurio rimane finora il mezzo più eroico nella cura della sifilide. Per questa convinzione, sostenuta dal fatto, che noi oggi meglio dei nostri maggiori, possiamo col mezzo delle iniezioni mercuriali, renderci più esatto conto, se convenga o no cominciare il trattamento della sifilide precocemente, ho pensato di ricorrere al trattamento mercuriale fin dal momento in cui ho creduto inutile o l'escissione del sifiloma, o la causticazione di esso col ferro rovente, servendomi delle iniezioni di calomelano alla maniera di Scarenzio-Smirnoff.

Dal 1888 ad oggi ho tenuto in cura con questo metodo circa 50 infermi, presi tanto nella mia pratica privata che nella spedaliera, ed ho anche da qualche mese in qua esteso l'uso del trattamento medesimo nei Dispensarii celtici di Palermo dei quali sono ispettore sanitario. Di questi casi i risultati sono stati brillanti, sia dal punto di vista dell'attenuazione della sifilide, sia della mancanza delle manifestazioni. Posso dire che nella metà dei casi ho avuto la completa mancanza delle manifestazioni, e questi casi sono stati precisamente quelli nei quali ho cominciato ad iniettare il calo-

melano dal 12° al 15° giorno dell'evoluzione del sifiloma iniziale, mentre i casi nei quali ho avuto qualche lieve manifestazione sono stati quelli nei quali ho cominciato il trattamento intensivo e precoce verso la fine del periodo di seconda incubazione.

Il miscuglio di cui io mi son servito per le iniezioni è presso a poco lo stesso di quello adoprato dal collega Jullien, vale a dire da 10 a 12 centg. di calomelano in un grammo di glicerina neutra; però io aggiungo al miscuglio uno o due centg. di acqua distillata, la quale oltre ad assicurare una maggiore scorrevolezza del liquido, m'è sembrato di costituire un insieme che produce meno dolore di quel che produce il solo calomelano colla glicerina. Soggiungo altresì, sinceramente, che io non mi sono circondato di tutte le precauzioni antisettiche delle quali, ben a ragione, s'è servito il Jullien; però vi dico subito, che fortunatamente io non ho avuto di che dolermi fra le centinaia d'iniezioni che ho fatto finora, eccezione fatta di qualche lieve turgore infiammatorio, finito generalmente colla risoluzione, o con forma benigna di suppurazione. Non ometto che qualche volta ho notato l'insorgere della stomatite, ma sopratutto questo accidente s'è manifestato negl'infermi di ambulatorio che non possono attendere all'igiene della loro bocca.

Per conchiudere, dirò, che io son partigiano della cura precoce ed intensa della sifilide, la mia esperienza me ne dà ragione; tanto più che nella mia statistica, che esporrò dettagliatamente in un prossimo lavoro, v'hanno casi riferibili ad individui che curati da me fin dal 1888, dopo due anni di cura, si sono sposati, hanno avuto figli sani, e nulla han comunicato alle proprie mogli. Del resto io ho trattato, e tratto i miei infermi, alla stessa maniera come se avessi a fare con sifilitici al periodo secondario; faccio cioè pei primi cinque o sei mesi la cura mercuriale colle iniezioni di calomelano, il 1° mese di dieci in dieci giorni, il 2° mese di dodici in quindici giorni, e di quindici in quindici nei successivi. Poscia do mano al ioduro di potassio per uno o due mesi; poi faccio una prima sosta di uno o due mesi, sorvegliando l'infermo, e quindi ritorno alla cura mercuriale, che questa volta affido anche alle frizioni; e così di seguito alla maniera del Fournier, fino a due o più anni dall'insorgere del sifiloma.

Prof. **Touton** (Wiesbaden): schliesst sich den Schiff'schen Thesen vollständig an. Bezüglich der Behandlung in der ersten Incubationszeit fügt er hinzu, dass er in zwei Arten von Fällen Ausnahmen macht, erstens bei excessiver inoperabler Sclerose, zweitens wenn äussere Verhältnisse die Quecksilberkur zur Zeit des voraussichtlichen Ausbruches der Allgemeinsyphilis unmöglich machen. T. hat kurz nach sogen. präventiver Allgemeinbehandlung während der ersten Incubation (15 Hg. salicyl. injectionen) ungewöhnlich heftige Allgemeinausbrüche gesehen. T. ist Anhänger der von Fournier inaugurirten, von Neisser modificirten intermittirenden Hg-Behandlung. Bezüglich der Art der Allgemeinkur bemerkt T., dass er die Inunctionscuren besonders bei Anwendung grosser Hautflächen (Welander) am höchsten stellt, jedoch unter gewissen Verhältnissen auch die übrigen Methoden anwendet. Zur richtigen Durchführung einer wirksamen Inunctionscur gehören vor Allem günstige äussere hygienische Verhältnisse. Die Injection unlöslicher Quecksilbersalze soll schon aus theoretischen Gründen und wegen der

zahlreichen ungünstigen Zufälle auf diejenigen Fälle beschränkt werden, welche eine andere Behandlung unmöglich erscheinen lassen.

Prof. C. **Pellizzari** (Pisa): Nella cura della sifilide io ritengo che non si possa fare a meno d'avere l'obiettivo di intervenire il più presto possibile con tutti quei mezzi i quali in qualche modo possono distruggere i varii focolai virulenti. Per tale ragione mi associo al collega D. Schiff, quando sostiene la escissione del sifiloma primitivo: io credo che quando questo presenta dei caratteri tali da poter richiedere un atto chirurgico insignificante, questo possa eseguirsi, sia pure con l'obiettivo modesto di togliere di mezzo uno dei focolai da cui parte l'agente specifico. Per le ragioni sopra esposte credo pure che sia logico l'intraprendere la cura mercuriale, e la più energica, come lo propone il collega dottor Jullien, il più presto possibile, ma se risponde ad una sua convinzione dal punto di vista teorico, non oso consigliarlo nella pratica.

Io ritengo che sul mercurio si debba fare assegnamento specialmente per quell'azione elettiva che esso mostra di esercitare sui tessuti morbosi; ora quando il sifiloma primitivo ha caratteri molto spiccati di sclerosi è un fatto che l'azione del mercurio si mostra poco accentuata. Ora nei casi invece nei quali il sifiloma primitivo è insignificante con poco o punto infiltramento pastoso, allora pur troppo non abbiamo la certezza della diagnosi. Ecco le ragioni per le quali ammettendo che la cura mercuriale fino dai primi giorni è eminentemente logica, ritengo che vi si potrà ricorrere come metodo generale della pratica quando avremo un modo sicuro di fare la diagnosi fino dal primo giorno. Non posso lasciar di parlare senza dire anche una parola su quanto ha riferito il collega professore Tommasoli. Io vedo con piacere che egli non è più tanto entusiasta del metodo delle iniezioni di siero tolto dagli animali refrattarii, e che riferendo i casi nei quali crede di aver ottenuto dei buoni risultati, si circonda di tutte le riserve possibili. Se non ho creduto di provare il suo metodo è stato, in fondo, in seguito ad un preconcetto scientifico. Io non credo che si possa stabilire che la immunità degli animali refrattarii debba dipendere dal loro sangue; che si tratti cioè di una immunità ematogena; ma che invece sia molto più probabile che la loro resistenza dipenda dai tessuti — immunità istogena. Avendo quindi una tale opinione era naturale che io non dovessi avere soverchia confidenza nel potere che il sangue di tali animali poteva esercitare nei sifilitici: ed è perciò che ho creduto di battere una via assai diversa e della quale dovrò parlare fra un momento.

Dr. **Grünfeld** (Wien): In der Frage von der Präventiv-Behandlung der Syphilis lehren die Erfahrungen, dass eine Verhinderung des Auftretens der Erscheinungen, oder eine Milderung derselben nicht beobachtet wird. Vielmehr soll die Behandlung erst in dem Momente Platz greifen, wenn allgemeine Formen constatirt sind. Ausnahmsweise dürften gewisse Initialformen nebst der localen auch eine leichte Allgemein-Behandlung erheischen, aber nicht im präventiven Sinne. Auch die Excision der Sklerose hat nicht die Bedeutung von Präventiv-Behandlung. In der Frage der sogen. intermittirenden Behandlung kann G. der Nothwendigkeit derselben sich nicht anschliessen. Wenn Recidiv-Formen auftreten, ist eine allgemeine Behand-

lung erforderlich. Beim Fehlen solcher Formen ist es vielmehr zweckmässig die allgemeine Behandlung zu vermeiden.

Die Frage, ob die Einreibecur den subcutanen Injectionen von mercuriellen Präparaten vorzuziehen ist, ist bejahend zu beantworten. Sie verdient auch noch den Vorzug mit Rücksicht auf Mercurial-Erscheinungen (Stomatitis), weil die Injectionen ein Dépôt bilden, welches noch lange nachwirkt und schwere Mercurialformen erzeugt, welche der Behandlung hartnäckigen Widerstand leisten.

Prof. F. **Schwimmer** (Budapest):

Sur le traitement de la syphilis.

Le traitement de la syphilis ne doit pas être retardé jusqu'au moment où les symptômes secondaires se développent, parce que la maladie fait des progrès, et il ne semble pas raisonnable de retarder une cure dont les bons effets ne peuvent se nier. Je consens donc tout à fait avec les idées de M. Jullien et je me rappelle, comme lui, d'avoir observé des cas où des cures dites préservatives eurent des résultats excellents. J'entends par méthode préventive, le temps du traitement où les symptômes de l'ulcération sont absolument sûrs. Mais il faut aussi se rappeler que la syphilis même est très souvent le point de départ de symptômes graves du système nerveux, et que beaucoup de maladies nerveuses proviennent de la syphilis même et qu'on peut très souvent préserver le malade des conséquences souvent très dangereuses.

Quant aux médicaments, je veux appeler l'attention sur un d'eux, que j'administre depuis plusieurs années dans ma clinique, c'est le zorojodolate de mercure qui m'a donné des résultats excellents, et qui a les bonnes qualités des sels insolubles quant à la durée de ses effets, et celles des sels solubles, quant à ses symptômes légers.

Discussione

Dott. **A. Ravogli** (Cincinnati — Ohio): Avendo avuto larga esperienza sulla sifilide mi permetto esprimere le mie idee. Ho applicato iniezioni con calomelano, ed ho trovato che benchè la sua azione sia molto efficiente sulle forme attuali della sifilide, pur tuttavia la recidiva ritorna assai presto, mentre che colle iniezioni al sublimato col metodo di Anspitz benchè le forme attuali dispariscano non tanto rapidamente, pur tuttavia il vantaggio è che la recidiva è molto più allontanata. A riguardo della escissione dell'ulcera dura come cura profilattica della sifilide, dirò che in varii casi l'ho applicato, e credo in tre casi con favorevole risultato. Però al presente l'ho quasi abbandonato, dacchè quando il malato presenta un'ulcera dura i vasi linfatici sono già indurati e il virus è già in via per raggiungere tutto l'organismo, e perciò è ben difficile applicare questa operazione con successo.

Io ripeto che le iniezioni intramuscolari fatte colla soluzione di sublimato danno i più felici risultati.

Doct. **G. Soffiantini** (Pavie): J'ai eu l'occasion de traiter plusieurs centaines de syphilitiques dans la clinique de Scarenzio avec les injections de calomel (modification de Smirnoff), et à propos des idées exprimées par M. le professeur Schwimmer, je rappellerai la communication faite au dernier Congrès International de Dermatologie de Vienne, 1892, par M. le professeur Houlky-Bey de Constantinople, les nombreuses expériences de l'illustre Jullien de Paris et les centaines d'injections faites par M. le docteur G. Nicolich de Trieste, pour ne rappeler qu'un très petit nombre d'auteurs de la bibliographie.

Prof. **A. Breda** (Padova): Domanda al professore Schiff se escluda onninamente, in tutti i casi di sifiloma, il trattamento generale, essendo convinto l'oratore che vi sieno casi i quali domandano talora molto per tempo il trattamento generale. Cita tra tali casi quelli nei quali la mole o la sede del sifiloma sono di ostacolo al compimento di una qualche funzione, e quelli nei quali il sifiloma è complicato da fagedenismo.

Prof. **E. Schiff**: In risposta al collega Breda affermo che in certi rari casi di scleromi di grandissima mole o di carattere fagedenico resistenti o refrattarii alla cura puramente locale, l'introduzione della cura generale aiuta immensamente la terapia locale, e in simili casi eccezionali la cura preventiva offre un vantaggio considerevole e qualche volta unico.

Doct. **X. De Watraszewski** (Varsovie):

Effet du traitement mercuriel sur la syphilis temporairement éteinte.

Messieurs, j'ai eu l'honneur, il y a trois ans, d'exprimer dans la même Section mon avis au sujet des méthodes dites préventives dans le traitement de la syphilis [1]).

Les cures mercurielles, instituées périodiquement pendant l'absence de tout symptôme spécifique, ne seraient pas en état d'empêcher l'apparition de nouveaux accidents, aussi bien dans les périodes récentes que tardives de la maladie.

Les conditions facilitant l'évolution et l'apparition à l'extérieur d'une certaine quantité de virus syphilitique, en sont désavantageusement influencées, ce qui fait que nous voyons la maladie suivre une autre marche et se manifester d'une autre façon.

Les cures mercurielles poursuivies périodiquement pendant des mois et des années, ne sont pas indifférentes pour l'organisme et principalement pour le système nerveux. Elles présentent le danger d'une intoxication chronique mercurielle, qui, par analogie avec les empoisonnements produits par les métaux attaque, par excellence, la sphère nerveuse.

Il est donc pour le médecin de la plus haute importance de résoudre la question: combien dans le cas donné doit-il mettre sur le compte de la syphilis et dans quelle mesure s'agit-il d'une intoxication produite par l'usage constant et abusif du mercure ?

[1]) Sur la valeur des méthodes préventives dans le traitement de la syphilis: Dixième Congrès Internat. Medical, Berlin, 1890.

La responsabilité du médecin devient des plus sérieuses par le fait des fâcheuses conséquences qu'une fausse thérapie produirait indubitablement.

Mais ce ne seraient pas uniquement les dangers sus-mentionnés qui nous obligeraient à l'avenir d'être plus circonspects en prescrivant les cures mercurielles périodiquement répétées.

Permettez-moi, messieurs, avant d'aborder ce sujet, de développer les réflexions suivantes:

Après que la vérole a subi ses phases principales, après l'apparition ou la non apparition des symptômes tertiaires, une période de repos prolongé survient dans le cours de la maladie. Pendant un certain laps de temps, nous n'observons pas de nouveaux symptômes spécifiques chez nos malades et ceux-ci semblent, à première vue, être guéris de leur maladie.

De quelle manière devrions-nous comprendre et nous représenter le procès de guérison dans ces conditions?

Ou bien, les éléments du virus syphilitique, envahissant l'organisme entier ont eu le temps et la possibilité d'être éliminés de l'économie, et le malade en est vraiment débarrassé et peut être considéré comme effectivement guéri, ou bien, l'état des choses se présente sous un autre aspect?

Une partie des éléments syphilitiques, c'est-à-dire ceux qui ne s'étaient pas trouvés dans les conditions nécessaires pour être éliminés, restent dans l'économie, retenus au milieu des tissus, par suite de la réaction que ces derniers présentent à tout élément étranger.

Ces foyers morbides, emprisonnés, incapsulés de cette façon, sont mis dans l'impossibilité de faire valoir leurs qualités spécifiques et peuvent demeurer ainsi en repos pendant un temps indéterminé, même jusqu'à la mort.

Mais l'agent morbide ainsi rendu inoffensif, peut, en revanche, sous l'influence de certaines conditions, devenir libre. N'ayant rien perdu de ses qualités spécifiques, il est de nouveau mis en état de produire des changements pathologiques d'un caractère spécial, à la place même où il se trouve ou partout ailleurs où les conditions locales lui sont plus favorables.

Les circonstances dans lesquelles l'agent morbide peut de nouveau regagner sa liberté et faire valoir ses facultés spécifiques dépendent d'une série de causes d'un certain ordre. Celles-ci agissant directement ou indirectement à la manière d'irritants contre les foyers incapsulés, ont pour résultat la destruction des barrières naturelles, élevées contre eux par l'organisme.

Des observations fréquentes le prouvent suffisamment: Nous voyons, par exemple, un coup porté contre un os, être suivi souvent d'une gomme syphilitique à l'endroit insulté. Je rappelle les cas, où une chancrelle, s'est bientôt transformée en ulcération gommeuse, profonde et sinueuse, ou bien qu'une semblable complication s'est établie dans le plus proche voisinage de la chancrelle.

Ces ulcérations, étant complètement rebelles à tout traitement local, s'améliorent et guérissent rapidement dès qu'on a recours au traitement spécifique.

Je puis citer des cas où à la suite d'irritations locales (eczéma, rhagades traumatiques répétées) je vis des gommes typiques se développer à la place même de l'affection primitive syphilitique, qui y siégeait depuis bien des années, et ces gommes ne guérir qu'après une cure spécifique.

Je me souviens avoir observé l'éclosion d'un clou (furunculus) chez un malade qui avait eu la vérole, il y a douze ans. Le clou se forma de la manière la plus simple et la plus caractéristique pour ces sortes d'affections. Il fut incisé en temps opportun et après l'évacuation du pus et du thrombus central nécrotique, le clou, au lieu de guérir, prit seulement l'aspect d'une ulcération serpigineuse, qui m'obligea à avoir recours aux spécifiques, suivis d'un prompt succès.

Il faut placer dans la même catégorie les faits, que j'ai mentionnés autrefois [1]), un coup ou une chute sur la tête deviennent la cause de développement d'accidents cérébraux, en rapport avec une syphilis depuis longtemps éteinte. La diathèse dans ces cas ne s'était point manifestée auparavant dans la sphère cérébrale, ou bien, après s'y être manifestée, semblait être guérie depuis bien des années.

Les observations citées démontrent clairement l'influence des causes irritantes sur la réapparition d'une syphilis temporairement endormie.

Ce qui pour nous est de la plus haute importance, c'est que nous sommes obligés de placer les cures mercurielles périodiquement répétées, instituées en temps inopportun, parmi les agents irritants.

Les raisons suivantes me forcent à admettre cette conclusion:

L'affinité du mercure pour l'albumine de l'organisme est un fait suffisamment prouvé et l'idée qu'on se fait de l'action spécifique de ce remède est basée principalement sur cette affinité (Voit).

Le mercure peut agir d'autant plus facilement sur les combinaisons albuminées organiques et y faire valoir d'autant plus ses facultés spécifiques, que ces substances sont moins résistantes et ont plus de tendance à la résolution.

Les produits pathologiques, en général, se distinguent par cette propriété et ceux de la syphilis sont connus en particulier comme doués de la moindre résistance biologique (Virchow). Ce sont donc les produits syphilitiques et ceux que la diathèse manifeste en première ligne, qui subissent l'effet résolutif du mercure.

Quelle que soit la nature des dépôts syphilitiques mentionnés antérieurement, soit que nous les considérions comme combinaisons chimiques de l'agent morbide syphilitique avec l'albumine (Voit), soit que nous admettions, que l'agent morbide repose comme un corps étranger au milieu des tissus ou des cellules pathologiquement transformées, ce qui est certain, c'est que les conditions d'existence des foyers mentionnés sont peu solides et peu aptes à la résistance.

C'est pourquoi le mercure appliqué dans ces conditions atteindra en seconde ligne les produits qui nous intéressent. L'application du remède spécifique aura pour résultat l'abolissement des barrières, qui tiennent ces foyers isolés des procès vitaux de l'organisme, et de rendre la liberté d'action à l'agent morbide jusque-là tenu captif.

Il paraît, à première vue, que ce serait justement le but idéal d'un traitement spécifique en règle que l'on voudrait atteindre. Ce but consisterait à attaquer, démasquer et neutraliser tout ce que l'organisme contient en lui de véroleux.

[1]) De Watraszewski, Syphilis und Kopfinsulte, Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph. 18.

Une pareille tâche serait rationnelle, sans contredit, si nous pouvions nous procurer la certitude sur les points suivants: Combien de temps et combien de mercure faut-il employer dans chaque cas particulier pour que ce résultat soit atteint?

Puisque la réponse à cette question est simplement impossible, les représentants des cures périodiquement répétées sont réduits à l'empyrisme le plus complet. Nous les voyons instituer les cures mercurielles chez leurs malades et interrompre ces cures, tout comme ils les avaient commencées, c'est-à-dire sans se laisser guider par l'état du mal et ignorant jusqu'à son existence.

Quelle garantie avons-nous, en effet, pour affirmer qu'une mercurialisation plus ou moins intense, continuée pendant quelques semaines et répétée à outrance, puisse remplir la tâche désignée?

Ne se peut-il pas, au contraire, que la mercurialisation ne remplisse qu'une certaine partie de la tâche et que l'effet produit par elle se borne à détruire ou à affaiblir les obstacles, dressés par la *vis medicatrix naturae* contre le virus syphilitique?

N'est-il pas à craindre, que l'action du mercure ne contribue à libérer l'agent spécifique, qui, sans cette intervention, n'aurait jamais, peut-être, donné signe de vitalité?

Oui, Messieurs, mes observations personnelles et l'analyse consciencieuse de faits enregistrés par d'autres auteurs me permettent de le prétendre.

La brièveté du temps m'empêche de développer devant vous une série de faits à l'appui de ce que je viens d'exprimer. Je me borne donc à appeler votre attention sur les cas, où une cure mercurielle, instituée après un temps de repos, quelquefois de plusieurs années, est dans un court délai suivie d'un accident tertiaire, ou bien, le malade est atteint bientôt après d'une affection nerveuse centrale, d'origine indubitablement syphilitique.

Ce sont surtout ces dernières observations, concernant la sphère nerveuse, qui semblent mettre ce rapport hors de doute. Je puis relater un fait où j'ai eu l'occasion de faire la même expérience deux fois de suite.

Il est vrai, que la conclusion tirée d'une seule, ou d'un nombre bien restreint d'observations est de peu de valeur, et n'exclut pas l'admission d'une simple coïncidence.

C'est pourquoi je ne fais que le mentionner sans m'en occuper davantage.

Mais la fréquence des affections du système nerveux d'origine syphilitique a augmenté si fort dans les derniers temps, la statistique nous présente, sous ce rapport, des données si tristement étonnantes, qui nous sont fournies par les apôtres mêmes de cette méthode de traitement, que le sujet mérite la peine qu'on y réfléchisse.

On est obligé de se demander involontairement, si à part les influences qui caractérisent notre « siècle nerveux », et qui, agissant sur la sphère cérébro-spinale d'un organisme syphilitique, la prédisposent aux affections d'un certain ordre, si, disons-nous, outre ces causes, il n'y en a pas d'autres qu'il faudrait chercher dans les principes même d'un traitement irrationnel, actuellement le plus en crédit, peut-être le cours ultérieur de la maladie subirait-il un changement avantageux, et la statistique nous fournirait des résultats moins décourageants du moment où les principes du traitement de la syphilis seraient rationnellement modifiés.

Il me semble, messieurs, qu'après l'exposé que j'ai eu l'honneur de vous faire aujourd'hui, j'ai le droit d'accentuer avec plus d'énergie encore ma position d'adversaire du mode de traitement indiqué.

Une cure mercurielle est à considérer comme un irritant, il n'y a plus moyen d'en douter, et semblable à d'autres irritants, elle est dans certaines conditions en état d'éveiller la diathèse endormie.

Le fait que c'est le système nerveux qui, dans ces conditions, est atteint le plus fréquemment, est le résultat direct de ce qu'une mercurialisation prolongée l'attaque en première ligne. Grâce à l'action continue du mercure, le système nerveux perd petit à petit sa capacité de résistance et, par conséquent, se prête mieux à l'évolution de produits d'origine spécifique.

Cet état morbide du système nerveux, causé par l'application prolongée du mercure, nous explique suffisamment les cas nombreux de neurasthénie, de dépression ou d'excitation nerveuses etc., qui ne tardent pas à se développer en pareilles circonstances. Les affections de dernier ordre ne sont malheureusement que trop souvent mises en rapport avec la syphilis et le malade soumis, par conséquent, à l'action répétée du mercure, ce qui naturellement ne tarde pas à empirer son état.

Devrions-nous en présence de ces faits abandonner le mercure dans le traitement de la vérole, et limiter son emploi seulement aux cas exceptionnels?

L'excellente action de ce médicament sur les manifestations de la syphilis, le rend, au contraire, indispensable dans la thérapie de cette maladie. Mais, si les accidents manifestes de la syphilis sont dans la plupart des cas favorablement influencés par le mercure, c'est-à-dire rapidement et de manière à peu près certaine, et que cette notion est à considérer comme un fait suffisamment connu et constaté, la question se présente d'un autre point de vue lorsqu'il s'agit de démontrer, qu'une mercurialisation des malades pendant l'absence de tout symptôme spécifique, autrement dit, la méthode de traitement dite préventive, ait le même effet contre la syphilis latente et soit vraiment en état d'empêcher l'apparition de nouveaux accidents spécifiques.

Nous chercherions en vain des points d'appui pour une semblable assertion, tandis qu'au contraire certain nombre de faits enregistrés dans toutes les périodes de la syphilis nous obligent à admettre le contraire.

Les ouvriers occupés à la fabrication des miroirs et qui présentent les symptômes d'une intoxication chronique mercurielle, ne sont pas exempts de l'infection syphilitique. J'ai constaté le même fait chez un malade qui vint me consulter à cause d'une syphilis mal diagnostiquée, qui fut un lichen rouge. Le malade, traité en province, présentait les symptômes d'une hydrargyrose intense, comme j'ai rarement eu l'occasion d'en voir. Il fut donc indispensable de s'occuper d'abord de l'hydrargyrose et de relever la nutrition du malade, avant d'instituer une cure contre le lichen. Le malade profita de ce temps pour acquérir la syphilis et lorsque je le vis, vingt jours après, je pus constater chez lui, à côté d'une hydrargyrose en voie de régression, un chancre induré, bientôt suivi d'accidents généraux.

Ai-je besoin de rapporter les faits, appartenant à la période secondaire de la vérole, où pendant une cure mercurielle énergiquement poursuivie, un nouvel exanthème ou autres signes d'une syphilis constitutionnelle apparaissent tout à coup et troublent le malade non moins que le médecin?

J'ai déjà cité les observations de même genre appartenant à l'époque tertiaire de la maladie.

Les faits cités semblent donc à eux seuls prouver suffisamment l'impuissance du mercure comme préventif et celle des méthodes de traitement dites préventives. D'un autre côté, les résultats obtenus par ce genre de traitement, jugés par la statistique, sont bien loin de justifier le crédit dont cette méthode jouit actuellement.

Que la haute estime professée pour l'autorité de l'incomparable maître, qui en même temps est le créateur de cette méthode de traitement, ne nous empêche pas de nous rendre un compte consciencieux et indépendant de la rationnalité de différents modes de traitement mercuriel et de leur juste valeur.

Traitons la syphilis là où elle se manifeste. Un observateur intelligent et instruit trouvera toujours les données nécessaires pour se faire un jugement sur la nature des symptômes que lui présente le malade et s'ils sont ou non à mettre en rapport avec la syphilis.

Nous possédons d'ailleurs pour les cas douteux un remède excellent dans le iode avec lequel il serait bon de commencer.

Gardons-nous, au contraire, de faire la guerre uniquement au fantôme de la syphilis, puisque, dans l'impossibilité de l'atteindre, nous n'aboutissons qu'à ruiner le système nerveux de nos malades ou, pis encore, nous risquons de fournir au fantôme les moyens de s'incorporer de nouveau et d'ouvrir une voie aux nouvelles manifestations de la diathèse.

Prof. **C. Pellizzari** (Pisa):

Tentativi di attenuazione della sifilide.

Al congresso dermatologico internazionale di Vienna, nel settembre 1892, esposi i criterii che mi spingevano a ritenere come probabile nei sifilitici una specie di antagonismo fra l'elemento virulento ed i prodotti chimici della malattia; e basandomi sopra gli svariati modi e gradi di refrattarietà che ci ha rivelato la storia naturale della sifilide, dissi come fossi venuto nel convincimento che nel siero di sangue degli infermi già arrivati al periodo delle manifestazioni generali, in determinati periodi dovessero trovarsi i detti prodotti, coi quali poter tentare artificialmente quello che si vede accadere talora naturalmente.

Esposto così in termini generici il concetto informativo dei miei tentativi di sieroterapia, lasciai soltanto intravedere una parte del programma che mi ero proposto di seguire.

Oggi intendo chiarire meglio il mio concetto e riportare in succinto i risultati prossimi e remoti che da una prima serie di iniezioni mi sembra di aver ottenuto.

Parlando allora di prodotti chimici, lo feci in modo vago; e la ragione la si può facilmente intendere, quando si ripensi che tutte le mie ricerche sono rimaste limitate esclusivamente nel campo clinico. In ogni modo adesso desidero delucidare questo primo punto. Ammessa l'esistenza di prodotti tossici in maggiore o minore quantità nei varii periodi della sifilide, la prima domanda che ci si può fare è questa: se sia l'agente virulento stesso quello

che li produce, ovvero se sono i tessuti morbosi quelli che si incaricano di tale preparazione. Impossibile chiarire la questione non disponendo di un virus coltivabile: fortunatamente però per il momento una tale incognita non ha soverchia importanza per i tentativi che si vogliono fare.

Ma noi abbiamo un altro quesito più importante da prendere in considerazione. Ammesso che le sostanze tossiche si producano in ogni modo pel lavorio biochimico che si compie nei focolai virulenti, saranno proprio esse che poi eserciteranno un'azione antagonistica contro l'elemento virulento, o non piuttosto l'organismo risponderà producendo altre sostanze — le antitoxine — destinate a neutralizzare le prime?

I fatti di refrattarietà più o meno spiccata che il siero determinerebbe per gli scambii placentari fra madre e figlio e viceversa, possono intendersi tanto con la prima quanto con la seconda supposizione.

Invece i casi delle sifilidi maligne, ove è evidente la coincidenza di fenomeni gravi virulenti e di quelli di intossicazione giunta al più alto grado rendono molto più ragionevole la seconda ipotesi. Sarebbe infatti la insufficienza di produzione di antitoxine quella che meglio spiegherebbe l'andamento di tali forme maligne [1]).

Fu dunque col preconcetto che l'antagonismo reale esistesse fra sostanze antitossiche elaborate dall'organismo ed il virus, che mi indussi a fare il primo tentativo, prendendo il siero da un sifilitico nel momento che sotto la cura specifica era guarito delle sue manifestazioni e si mostrava in buone condizioni generali, per iniettarlo in altro malato nel quale ad onta della cura iodo-mercuriale vedevo le recidive ripetersi a breve distanza di tempo e sempre più gravi. Ebbi quindi l'intendimento di fornire a quest'ultimo dei materiali che supponevo non fosse capace di elaborare da sè nella quantità voluta.

Un altro quesito non meno importante per me era il seguente: i prodotti chimici — toxine o antitoxine che siano — attaccheranno direttamente l'agente virulento, oppure disporranno solo della virtù di conferire ai tessuti una resistenza maggiore contro i futuri possibili attacchi del virus? Francamente dirò che fu a questa seconda ipotesi che io mi appigliai per ragioni (desumibili dalla stessa istoria naturale della sifilide e da fatti di analogia) che facilmente ognuno può immaginarsi e che tralascio per brevità.

Ed ecco spiegato il perchè, dopo aver cominciato a sperimentare sopra un caso di sifilide maligna, mi decisi invece a ripetere il tentativo su più larga scala sopra infermi che presentassero il solo sifiloma primitivo (accidente iniziale).

Oltre alla incertezza di criterii sul modo di agire delle sostanze chimiche, ed oltre agli argomenti che, per analogia, teoricamente si possono portare avanti a sostegno della tesi, che deve essere più facile anche nel caso nostro produrre una specie di vaccinazione anzichè una vera e propria azione curativa, mi spinsero ad abbandonare temporaneamente i tentativi

[1]) Per i particolari circa ai fatti di refrattarietà ed agli argomenti sui quali mi baso per ammettere un antagonismo fra virus e prodotti della sifilide, rimando all'articolo sul « Concetto informativo dei tentativi di attenuazione della sifilide „ da me pubblicato nel Giornale italiano di malattie veneree e della pelle, ed al capitolo sulla " Sifilide „ da me scritto per il Trattato di patologia speciale medica e terapeutica edito da F. Vallardi.

di sieroterapia nelle sifilidi gravi due altre potenti ragioni: la responsabilità di sottoporre ad un metodo curativo, il quale può considerarsi come una aspirazione logica di terapia, non un compenso già sanzionato dalla esperienza, degli infermi in condizioni gravi, e la difficoltà, avendo il coraggio di farlo, di andare sino in fondo. Infatti, per quanto l'esperienza ci possa aver dimostrato avanti la insufficienza dei mercuriali e degli iodici ad arrestare il fatale progredire di certe sifilidi maligne, è certo che ricorrendo a certi artifizii, come le lunghe soste, i cambiamenti nelle dosi e nei modi di somministrazione di tali rimedii, ecc., pure si riesce ad ottenere almeno delle tregue. Ed allora quando per sentimento di umanità ci troviamo costretti ad interpolare la sieroterapia con la cura classica, riesce impossibile e molto difficile il poter desumere da quali delle due si ottenne un vantaggio reale.

A tutti questi argomenti si aggiunga che i casi di sifilide maligna non sono frequenti, e che non è sempre facile per chi non viva in un gran centro e disponga di un gran materiale, avere nel momento istesso e il caso che meriterebbe di ricevere delle sostanze antitossiche, e quello più adattato a fornire siero che di tali sostanze sia abbastanza provvisto. Ora io dovevo assicurarmi in tali casi di non adoperare del siero, che invece avesse potuto contenere vere toxine in eccesso.

Questa possibilità non aveva ai miei occhi la stessa importanza pei casi di ammalati presentanti il solo sifiloma primitivo. Io ragionai così: quando il sifiloma primitivo dati da poco tempo, la produzione delle toxine deve essere ragionevolmente piccola, e quindi poca la reazione dell'organismo.

Se in cotesto periodo io introdurrò del siero che contenga in una certa quantità delle sostanze antitossiche, avrò raggiunto direttamente il mio scopo, di agire il più presto possibile immunizzando i tessuti non ancora raggiunti dal virus: se per combinazione il siero contenesse delle toxine in eccesso, provocherò più sollecita e più energica la reazione dell'organismo ed arriverò così indirettamente (e quindi un po' più tardi) allo stesso risultato.

Venendo all'applicazione pratica, il primo obiettivo che io dovevo avere era quindi di scegliere infermi nei quali il sifiloma iniziale datasse dal più breve tempo possibile da un lato, e dall'altro sifilitici i quali si trovassero in momenti i più opportuni per fornire il migliore materiale immunizzato.

Io non mi nascosi però, che volendo scegliere infermi presentanti sifilomi primitivi molto recenti, mi trovavo nella impossibilità materiale di una diagnosi certa e quindi doveva garantirmi dalla possibilità di trasmettere ad un individuo solamente sospetto quella malattia che ancora non avesse.

In seguito a tale riflessione, io scelsi da prima come sorgenti da cui togliere il siero, infermi che presentavano manifestazioni del periodo tardivo: e per quanto convinto che nel loro sangue si potessero trovare con minore facilità dei supposti germi della sifilide dotati di sufficiente vitalità, e per quanto persuaso dai fatti stessi di immunizzazione per la placenta, che tali germi debbano accompagnare gli elementi morfologici, non mi contentai della defibrinazione e del filtraggio semplice, ma volli le prime volte usare il filtro di D'Arsonval.

Per poter riunire tutte queste condizioni favorevoli, io dovetti aspettare parecchio tempo ed alla fine mi decisi a incominciare gli esperimenti sopra un infermo che non stava nella mia clinica di Pisa, ma che veniva ogni due giorni appositamente da Livorno. Accadde però che coi primi di luglio (al cominciare delle bagnature) il paziente sospese le sue gite, ed io non potei studiare su di lui che i primi effetti, e rilevare i primi inconvenienti della tecnica adoperata.

Mi persuasi allora essere impossibile in un piccolo centro come Pisa subordinare i miei tentativi alle due condizioni sopracitate: e deciso a sperimentare sopra infermi i quali presentassero già da 3, 4 settimane e più dei sifilomi primitivi, e nei quali per conseguenza la diagnosi era più certa, non credetti più necessario avere tante precauzioni circa alla sterilizzazione del siero. Così pure volendo osservare qual decorso avrebbero avuto un discreto numero di infermi curati presso a poco nello stesso periodo, sempre per ragioni di opportunità decisi di prendere il siero da ammalati, dei quali tenevo esattamente conto per vedere dopo in quale momento ed in quali condizioni me lo avevano fornito, ma senza preoccupazione aprioristica del quanto potesse contenere o di toxine o di antitoxine. Mi proposi per conseguenza di fare un esperimento bruto, anche dal punto di vista clinico, e di studiarne gli effetti *a posteriori*; e di trovare così una conferma od una repulsa delle ipotesi da me accettate come ragionevoli.

Preparazione del siero. — Il sangue fin qui l'ho sempre ottenuto col salasso: mi era venuto in mente di raccogliere quello retroplacentare di sifilitiche gestanti, od anche direttamente il siero che può ottenersi per mezzo di un vescicatorio; ma per diverse ragioni, che non starò a ripetere, credei meglio attenermi al primo partito. Abbandonai dopo averlo adoperato sette od otto volte il filtro di D'Arsonval perchè, ad onta della molta accuratezza che uno può impiegare ad adoperarlo, accade talora che per una svista da nulla si mandi in malora una quantità di siero non sempre facile ad ottenersi; ma anche più per non essere tranquillo sulla influenza che l'enorme pressione e l'acido carbonico stesso eventualmente potrebbero esercitare su delle sostanze che ragionevolmente si vogliono ravvicinare al gruppo delle albumine o degli albuminoidi.

Nei casi di cui oggi intendo parlare, per la massima parte mi servii di siero ottenuto con la defibrinazione e conservato in ghiaccio. Più tardi sono tornato al filtraggio con le candelette di Berkefeld, conservando poi il siero in piccole dosi in altrettante provette sterilizzate e chiuse successivamente con ceralacca. Però essendomi avvenuto con tutti i sistemi adottati di avere o tutto il liquido o qualcuna delle provette inquinata da protei, ho tenuto sempre il sistema di sottoporre il siero a ripetuti esami microscopici, o di fare con esso dei tentativi di cultura.

Modo di usarlo e dose. — Fin qui io ho fatto le mie iniezioni nel tessuto sottocutaneo; e siccome non ebbi a lamentare alcun inconveniente, nè mai un malato si lagnò di qualche sofferenza, così non ho creduto necessario modificare la tecnica della somministrazione del siero. Nelle primissime iniezioni soltanto adoperai mezzo grammo di siero; ma poi le ho fatte tutte di un grammo. In qualche ammalato ho fatto una iniezione ogni due giorni; in altri una al giorno in alcuni momenti, una ogni due giorni in altri; infine varii ammalati ebbero per un certo pe-

riodo due iniezioni al giorno, e poi una iniezione sola giornaliera, od anco ogni due giorni.

Dei malati dei quali intendo parlare oggi la quantità complessiva del siero oscillò da 20 a 55 centimetri cubi.

Effetti locali. — Soltanto alle prime inoculazioni fatte col siero filtrato alla maniera di D'Arsonval e conservato da qualche tempo mi accadde un giorno di provocare nei due malati cui ho già accennato un nodulo doloroso, arrossato, che si accompagnava con una febbre abbastanza elevata e con tutti gli altri sintomi di una leggera infezione settica. Però la ricerca microscopica mi dimostrò la presenza nel siero di protei; e fu dietro tale accidente che non fidandomi più del modo di sterilizzazione, sottoposi il siero che doveva servirmi per le iniezioni ad esami metodici.

In alcuni ammalati sui quali contemporaneamente iniettava una determinata quantità di siero mi è accaduto talora di notare o un lievissimo rossore accompagnato da leggere sensazioni subiettive, od anche un modesto turgore diffuso, che però si dileguarono spontaneamente in poche ore. Andando a verificare da quali ammalati era stato raccolto quel siero, ho verificato che erano sifilitici i quali avevano in corso delle manifestazioni a tipo suppurativo. Era logico quindi di supporre che accidentalmente il siero potesse contenere alcuno di quei germi della suppurazione che noi troviamo a complicare infatti simili dermatosi sifilitiche. Però la ricerca microscopica ripetuta su quel siero, e i tentativi di cultura eseguiti col siero stesso, o con quello che si poteva togliere dalla pelle in vicinanza dei punti inoculati, dettero sempre risultati negativi. E così e per tali risultati e per il decorso stesso degli accidenti locali, io credei ragionevole dover supporre che questa virtù debolmente irritante, quel siero potesse ripeterla dal contenere eventualmente dei prodotti chimici della suppurazione stessa.

Effetti generali. — Le iniezioni di siero (quando fu puro) non mi dettero alcun segno di significante elevazione di temperatura. Dalle curve termometriche risultano talora tali elevazioni; ma se si va a guardar bene, si vede, che invece di tenere uno stretto rapporto con le iniezioni o con la qualità del siero, sono invece legate con l'andamento naturale della sifilide.

Per controllo io feci contemporaneamente la cura col siero anche in un sifilitico già arrivato da qualche settimana al periodo delle manifestazioni generali, quando cioè non si poteva dare il caso che le iniezioni coincidessero con quelle transitorie elevazioni di temperatura che si sogliono verificare a metà ed alla fine del periodo di seconda incubazione.

Le iniezioni di siero parvero invece provocare altri effetti generali.

In alcuni casi sembrò che facilitassero la comparsa precoce delle doglie indeterminate, della cefalalgia, delle artralgie, in qualche caso anche accompagnate da lieve e temporaneo versamento, del dimagramento ed impallidimento.

Uso la forma dubitativa perchè tali fenomeni essendosi verificati in un periodo nel quale in malati simili, tali fatti possono verificarsi naturalmente, io non posso asseverare che invece fossero provocati dalla cura adoperata.

Lo credo in ogni modo probabile, perchè sarebbero stati sproporzionati coi fatti virulenti che si verificarono più tardi; perchè spesso coincidettero sopra infermi che erano sottoposti al medesimo siero; perchè si ebbero

relativamente spesso certe modalità di fenomeni subiettivi come la sternalgia, che non sono poi tanto frequenti.

In due ammalati notai ancora un fatto più caratteristico: un giorno riscontrai nelle loro orine una scarsa quantità di albumina, che non si era mai riscontrata antecedentemente, e che, sospese per due giorni le iniezioni, non si ripresentò.

Andando a mettere in rapporto i fatti sopranotati, e che in fondo starebbero tutti a dimostrare un grado piuttosto significante di intossicazione, con il siero adoperato, ho veduto che tali fenomeni si erano verificati di preferenza, quando il siero era stato tolto da sifilitici con manifestazioni in corso, non ancora in via di risoluzione, poco o punto curati, ed il cui siero era ragionevole il supporre, che avesse contenuto delle toxine in eccesso. Io ritengo adunque di avere ottenuto così una dimostrazione indiretta, che in determinati momenti il siero può contenere in eccesso delle toxine, ed inoculato ad infermi nei quali certi fenomeni sono insignificanti, può accentuarli molto.

Viceversa, il siero che io ho potuto raccogliere in momento utile, quando cioè i sifilitici che sottoponevo al salasso erano guariti da qualche tempo dalle manifestazioni morbose, avevano fatto una cura iodo-mercuriale non esagerata, erano ritornati in condizioni generali lodevoli, avendo riacquistato peso, colore, appetito, ecc., non mi dette mai alcun fenomeno di irritazione locale, nè sembrò per niente aggravare i fenomeni subiettivi.

Effetti curativi. — Io ho eseguita la sieroterapia sopra 15 malati: dei primi tre, di cui ho parlato incidentalmente, non intendo occuparmi, perchè, come ognun comprende, non si presterebbero a farmi venire ad una conclusione qualsiasi. Lo stesso dicasi di altri due casi di individui affetti da sifilomi primitivi e cominciati a curare l'anno decorso in Firenze: benchè in questi ultimi io mi fossi preoccupato delle qualità intrinseche del materiale da inoculazione prima di adoperarlo, pur tuttavia la cura, e la osservazione non fu protratta il tempo necessario per poterne trarre delle conclusioni.

Io intendo dunque di riferire degli effetti curativi prossimi e remoti che credo di aver ottenuto sopra 10 infermi, i quali furono cominciati a curare nella clinica di Pisa fra il luglio e i primi di settembre 1892, ed ai quali ho tenuto dietro più o meno fino ad oggi. I particolari delle storie cliniche (e quelli pure dei malati che mi hanno fornito il siero) troveranno luogo nella memoria completa che io pubblicherò fra non molto nel Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle: oggi per brevità mi limito a fare un semplice riassunto; e dico subito con una parola sola che tutti dieci gli inoculati hanno avuto delle sifilidi dal punto di vista dei fenomeni virulenti straordinariamente lievi, ed alcuni addirittura insignificanti.

Su quali criterii posa una tale asserzione? 1° Sul modo col quale decorsero il fenomeno iniziale e le sue abituali complicanze immediate; 2° sul modo col quale si svolse la prima esplosione dei fenomeni generali; 3° sul modo col quale si comportò successivamente la sifilide nel provocare recidive di fenomeni collegabili con l'azione locale del virus; 4° sullo studio delle condizioni generali degli inoculati poco dopo la cura, come a distanza di mesi e di altri fatti che potrebbero parlare in favore dell'esaurimento del potere infettante.

I. I sifilomi primitivi in parecchi infermi erano già abbastanza sviluppati quando si iniziò la sieroterapia: ora alcuni evidentemente scemarono di volume, altri non crebbero, altri infine non aumentarono come ci si poteva aspettare per la sede che occupavano. Mi spiego con un esempio. In una donna degente in clinica per blenorragia da circa un mese si determinò un sifiloma primitivo verso la metà del gran labbro di destra, e pochi giorni dopo un secondo sifiloma, che ebbe andamento abortivo, si impiantava poco al disotto del primo, verso la forcella; io mi aspettavo di vedere, come suole accadere in quella sede, l'accidente iniziale accompagnarsi con rilevante infiltramento di tutto il gran labbro, forse anche con uno di quegli stati elefantiaci sì facili a verificarsi in casi consimili: invece l'infiltramento fu poco e la risoluzione non si fece attendere molto, per quanto non si usasse alcun compenso locale.

Quando però le iniezioni si sono cominciate ad adoperare tardi, ed i sifilomi primitivi esistevano da circa 4 settimane, ed era di già molto spiccata la sclerosi, allora la risoluzione è avvenuta molto stentatamente. Giova ricordare che gli effetti risolutivi immediati sono presso che nulli in casi simili anche quando si adopera la cura iodio-mercuriale.

Quello che io ho detto per il sifiloma primitivo può dirsi siasi ripetuto forse però in un modo meno evidente, per la linfangite, per l'ingorgo satellite e per la pleiade ganglionare.

II. L'esplosione dei fenomeni generali in nessuno dei dieci inoculati si fece nel modo così classico e così completo che tutti conoscono. Forse vi fu qualche anticipazione di giorni in pochi casi della roseola vera: nei più i fenomeni eruttivi vennero stentatamente. In nessuno si ebbe l'eruzione polimorfa tipica di macchie eritematose e papulose al tronco, di papule ai genitali ed alla bocca, di pustole al capillizio, ecc.

III. Pochissimi ebbero ricomparsa a breve distanza di eritema e quasi sempre a tipo maculoso, di quella forma cioè che è collegata principalmente alla discrasia; ed in queste ricadute non si avvertì rigonfiamento di glandule, nè contemporaneità di angina o di altri fenomeni eruttivi. In nessuno dei dieci ammalati ebbi forme pustolose o bollose o tubercolari; non uno ebbe papule umide ombelicali, interdigitali, onice secca o perionichia, nè irite, nè defluvium capillorum. Per quanto parecchi di essi abbiano accusato dolori vaganti, nessuno ebbe vere periostiti precoci: uno soltanto (ed era un individuo evidentemente scrofoloso) ebbe un lieve gonfiore sul piede e contemporaneamente ad un epididimo; ma tali fatti si dileguarono spontaneamente in pochissimi giorni. Sette ammalati non ebbero mai papule. Una donna, quella del sifiloma del gran labbro, ebbe, nella stessa sede, delle papule venute precocemente ma che tennero andamento abortivo: un uomo ebbe accenno di papule sul tronco ed agli arti contemporaneamente all'eritema; ed anche in questo caso se ne andarono in breve tempo; lo stesso infermo più tardi ebbe delle forme eruttive sullo scroto nel punto sul quale poggiava il cinto, che sospettai potessero essere papule recidive, ma tolto il cinto e con un po' di disinfezione locale scomparvero in 3 o 4 giorni. Finalmente un solo infermo (ed è il caso che io considero come il più disgraziato, ma del quale fino ad un certo punto posso dare ragione del relativo insuccesso) ha presentato a varie riprese ed a distanza di mesi qualche lieve recidiva di forme papulose alla bocca.

IV. Le condizioni generali sono rimaste discrete durante la sieroterapia, mentre si sarebbe potuto temere che un poco peggiorassero: si sono migliorate assai poco dopo cessata tale cura; si sono fatte eccellenti a distanza di un anno o di 18 mesi. Io lo desumo non tanto dalle ricerche fatte fare sul sangue degli inoculati, quanto dall'apparenza estrema degli infermi e dal peso del loro corpo.

Questo era aumentato quasi in tutti gli infermi al momento nel quale sospesi l'uso delle iniezioni; ma aumentò anche di più successivamente; ed oggi ve ne sono alcuni in cui l'aumento è di 6, 8 e perfino 11 chilogrammi.

Circa alla conservazione ed all'esaurimento del potere infettante, posso dare pochi particolari.

È certo che uno dei dieci inoculati ha infettato la propria moglie, perchè egli stesso ci dice che durante una gravidanza ebbe delle manifestazioni umide assai persistenti agli organi genitali, e mi risulta che essa partorì una bambina morta poco dopo la nascita con fenomeni evidenti di sifilide ereditaria. Ma io debbo ritenere che l'infezione debba essere antecedente alla cura; poichè quando fu accolto in clinica dichiarò di essere ammalato da circa un mese, e, non sapendo di che si trattasse, di aver continuato liberamente durante quel tempo ad avere rapporti sessuali con la moglie. Viceversa questo infermo è uno di quelli che in progresso di tempo non presentò mai fenomeni umidi, e che si trova oggi nelle migliori condizioni generali.

Viceversa un altro infermo inoculato con 50 cmc. di siero, dalla metà di luglio alla metà di dicembre, ad onta del mio divieto, prese moglie nell'aprile successivo, e la rese incinta nel giugno.

Io ho potuto esaminare la donna al terzo, al sesto ed al nono mese di gravidanza, e non solo non ho potuto riscontrare su di essa fenomeno alcuno sospetto di sifilide, ma ho avuto da lei le più ampie dichiarazioni di essersi sentita sempre benissimo, e di trovarsi in condizioni migliori che prima del matrimonio.

Ho ricevuto poi ora la notizia, che questa donna ha partorito una bambina vivente, la quale per adesso non presenta segno di malattia.

Questi i risultati ottenuti:

È necessario però che io prevenga le domande che mi si potrebbero fare circa ad altre cure locali o generali alle quali potrebbero essere stati sottoposti gli infermi di cui parlo. Per tutto il tempo che sono stati sotto la mia diretta osservazione, posso rispondere in modo tassativo: per dopo, è necessario starsene alle dichiarazioni degli ammalati; ma siccome è conosciuta l'avversione che il popolo suole avere contro il mercurio, così non crederei che le loro dichiarazioni possano essere fallaci.

Lo stesso non può dirsi per lo ioduro di potassio; ma siccome a questo io pure ho ricorso in taluni casi nella misura che andrò a dire, e siccome, trattandosi di povera gente che per ottenerlo gratuitamente hanno fatto ricorso ai dispensarii celtici di Livorno e di Pisa, ho potuto essere tenuto al corrente di ciò che fu loro ordinato, così credo le mie notizie abbastanza esatte. Nelle cure locali io ho sempre cercato di usare degli antisettici che non fossero preparati mercuriali; quindi mi servii dell'acido fenico, dell'acido salicilico, ecc.

Per quanto, come si è visto, l'obiettivo da me vagheggiato sia stato quello di immunizzare i tessuti non ancora colpiti dal virus sifilitico e quindi (come già scriveva nella mia prima comunicazione sull'argomento) io credessi possibile l'associare alla sieroterapia anche una cura mercuriale o iodica, per me non capaci di esercitare tale virtù immunizzante, ma pur sempre tanto attive a darci la risoluzione dei focolai specifici già esistenti; pur tuttavia io avrei voluto in questi esperimenti primi non aver ricorso mai a tali rimedii.

In due infermi infatti non detti nè un centigrammo di mercurio nè un grammo di ioduro di potassio: in quattro, detti delle dosi moderate di ioduro di potassio a sieroterapia già esaurita, ed in due altri invece ricorsi allo stesso rimedio, ma non mai a dosi fortissime e solo per pochi giorni, interpolatamente alle iniezioni di siero. In questi sei infermi ricorsi allo ioduro di potassio per far cessare più presto i fenomeni dolorosi, quando mi parve che tale rimedio potesse facilitare l'eliminazione delle eccedenti toxine, o più tardi con l'intento di facilitare la risoluzione della sclerosi persistente nel punto dei sifilomi primitivi o nelle glandole dell'inguine.

In un caso, sembrandomi che i fenomeni eruttivi stentassero a risolversi, sospesi le iniezioni di siero e detti nello spazio di 15 giorni 10 cg. di sublimato e 20 gr. di ioduro di K; visto che dopo questa cura anche dopo aver lasciato altri cinque giorni più di osservazione, i fenomeni non scomparivano più rapidamente, ritornai alla sieroterapia.

Finalmente nel decimo infermo (quello che io giudico come un parziale insuccesso) visto che alla fine di dicembre 1892 presentava una lieve recidiva di papule, e che io lasciando Pisa non potevo sottoporlo nuovamente alla sieroterapia, autorizzai chi mi sostituì nella direzione di quella clinica ad incominciare addirittura la cura classica. So però che vi hanno ricorso due volte, e sempre per pochi giorni, essendosi trattato sempre di recidive molto leggere.

Di altri rimedii mi servii, soltanto per alcuni infermi, di qualche preparato ferruginoso, al solito dopo aver cessato le iniezioni di siero.

Dopo quanto sono andato esponendo so bene, che mi si potrà obiettare che i miei dieci inoculati avrebbero potuto ottenere identici risultati facendo cura mercuriale o iodica o mista fino da principio, od anche non facendo cura di sorta. E capisco da me che occorre moltiplicare ancora le osservazioni in proposito perchè la presunzione del successo possa acquistare maggior valore. Faccio però osservare che noi facciamo delle prognosi approssimative dalla gravità dei sifilomi primitivi e dei fenomeni tanto locali che generali concomitanti: ora nei due terzi almeno degli inoculati noi dovevamo fare la prognosi di sifilide piuttosto grave.

Era mia intenzione di seguitare e moltiplicare tali esperimenti, di renderli più determinati allo scopo, e di tentare tutte le vie possibili per vedere se, stabilito il principio, si potesse battere una via di applicazione pratica diversa. Ciò costituiva la seconda parte del mio programma: ma le condizioni disgraziate in cui mi trovo in Firenze mi hanno impedito fin qui di far fare dei passi in avanti nella sieroterapia della sifilide.

Dr. O. **Rosenthal** (Berlin):

Ueber merkurielle Exantheme.

Wenngleich den durch Quecksilber hervorgerufenen Exanthemen von jeher grosse Aufmerksamkeit gewidmet wurde, es haben bereits englische Autoren, und besonders Alley im Beginne dieses Jahrhunderts (1804) eine Beschreibung einschlägiger Ausschlagsformen geliefert, die aber wieder in Vergessenheit geriet, und wenngleich sich über dieses Thema besonders im Laufe des letzten Jahrhunderts eine reiche Litteratur angesammelt hat, so ist doch dieser Art von Arzneiausschlägen nach meiner Ueberzeugung noch nicht die gebührende Achtung zu Theil geworden. Seitdem ich dieser Frage besondere Aufmerksamkeit gewidmet habe und vielfache, z. T. interessante Quecksilberexantheme zu beobachten Gelegenheit hatte, ist in mir die Ueberzeugung wachgerufen worden, dass diese Klasse von Hautaffektionen eine weit verbreitetere ist, als man bisher aus den Lehrbüchern und aus den dieses Thema berührenden speziellen Arbeiten zu schliessen im Stande ist. Es lohnt sich daher, an dieser Stelle eingehender auf diese Frage einzugehen.

Bevor die verschiedenen Momente, die bei der Beurteilung dieser Frage in Betracht kommen, eine eingehendere Würdigung erfahren, sollen zuerst die einzelnen Morphen, welche ich im Laufe der Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, durchmustert und dabei eigene, der Erwähnung werte einschlägige Fälle kurz skizziert werden.

Die einfachste Form der mercuriellen Exantheme, welche bisher nur wenig gewürdigt wurde, ist:

1) die Folliculitis. Dieselbe tritt im Allgemeinen bei kürzerer oder längerer äusserlicher Anwendung des Quecksilbers zu Tage und zeichnet sich durch eine mehr oder minder grosse Anzahl von einzelnen, harten Knötchen aus, welche durch normale oder leicht gerötete Haut von einander getrennt sind. Sie ist am ehesten der Theeracne zu vergleichen. Ihr hauptsächlichster Sitz sind die Extremitäten, ohne dass indessen der Rumpf verschont wird. Von den Innenflächen und den Gelenkbeugen der Arme und Beine ausgehend, welche durch die Inunktionen zuerst getroffen werden, erstrecken sich die Folliculitiden auf die Streckseiten, um hier besonders deutlich hervorzutreten. Und so können sich dieselben entweder auf diejenigen Stellen, auf denen die Einreibungen gemacht worden sind, beschränken, oder, wie nachher bei anderen Formen des weiteren auseinandergesetzt werden soll, nur auf die benachbarten Bezirke oder mit dem Mercur in Berührung gekommenen Partieen übergreifen.

Ob diese Form auch bei subcutaner resp. intramuskulärer Anwendung oder bei innerer Darreichung des Quecksilbers zu beobachten ist, bin ich nicht in der Lage, mit Bestimmtheit zu entscheiden. In der Litteratur finden sich darüber keine Angaben. Nur einen Fall, der vielleicht nach dieser Seite hin zu deuten ist, habe ich in letzter Zeit zu sehen Gelegenheit gehabt:

Es handelte sich dabei um einen Soldaten anfangs der zwanziger Jahre, welcher wegen einer schweren Hautsyphilis mit Salicyl-Quecksilbereinspritzungen in die Glutaealgegend behandelt wurde. Nachdem im Laufe

der Injektionen die Haut- und Schleimhauterscheinungen geschwunden waren, trat ziemlich plötzlich nach der zehnten Injektion, hauptsächlich an den Streckseiten der Vorderarme und der Unterschenkel ein kleinknotiges, leicht entzündliches Exanthem auf, das in seinem ganzen Aussehen an die mir wohlbekannte Form der mercuriellen Acne erinnerte. Auch die Involution ging in gleicher Weise vor sich. Die Knoten hatten die Tendenz, unter der Bildung von ganz dünnen Borken und Schuppen einzutrocknen und so allmählich zu verschwinden. Der Fall ist noch nicht abgelaufen und daher in seiner Bedeutung noch nicht ganz zu würdigen. Diese Acneknötchen können unter Umständen den Boden für das Auftreten von Furunkeln, Abscessen und auch Phlegmonen abgeben, bei denen es sich, wie ich annehme, neben der Mercureinwirkung um eine zweite Injection, welche durch Staphylococcen hervorgerufen wird, handelt. Ebenso können sich auch erysipeloide Erkrankungen und echtes Erysipel infolge einer hinzutretenden Mischinfection anschliessen. Der weitere Verlauf dieser Morphe bietet keine Absonderlichkeiten; fällt die Schädlichkeit fort, so tritt ziemlich schnell, eventuell durch entsprechende Behandlung, die am besten in milden Zink-, Salicyl- oder Resorcinsalben besteht, unterstützt, eine spontane Rückbildung ein.

. Eine andere Form eines mercuriellen Exanthems ist:

2) das Erythem, eventuell mit Uebergang in Eczem. Was das letztere betrifft, so ist diese Form infolge ihres häufigen Auftretens hinlänglich bekannt und beschrieben, und erübrigt es daher, auf dieselbe an dieser Stelle des genaueren einzugehen. Sie entsteht für gewöhnlich infolge lokaler Einwirkung von Quecksilber, verbreitet sich mehr oder minder schnell in der Umgebung oder greift reflectorisch auf andere Stellen des Körpers über, um unter Umständen universell zu werden. Es können sich hierbei die verschiedensten Formen zeigen, das papulöse, das vesiculöse, das pustulöse und das nässende Ekzem, je nach den verschiedenartigen Umständen und Bedingungen, die auf die Entstehung und die weitere Entwicklung einwirken. Ebenso wie die Erytheme pflegt auch die ekzemathöse Form mit Abschuppung zu endigen. In schweren Fällen kommt es aber zur Ausbildung einer ausgeprägten Dermatitis exfoliativa, für die sich auch in der Litteratur einige Belage finden.

Ein besonders intensiver, von mir beobachteter Fall möge hier in Kürze berichtet werden.

Es handelt sich um eine 21jährige Patientin, welche, syphilitisch infiziert, mehrfach mit Einreibungen von grauer Salbe behandelt worden war. Im Jahre 1892 stellten sich wiederum Plaques im Munde und nässende Papeln an den Genitalien ein. Die Pat. wurde infolgedessen einer erneuten Inunctionskur, 4 gr. pro dosi unterworfen. Nachdem sie 10 Einreibungen gemacht hatte, zeigte sich zuerst in beiden Achselhöhlen ein bläschenförmiges Eczem, das mit Puder behandelt wurde. Die Pat. setzte ohne ärztliche Einwilligung die Inunktionen noch 4 Tage fort. Da trat plötzlich ein sich über den ganzen Körper ausdehnender Ausschlag auf, der mit starkem Nässen in den Achselhöhlen und einen universellen, intensiven Juckreiz verbunden war. Rücken, Nacken, Brust, Bauch, obere und untere Extremitäten waren mit zahlreichen papulösen Efflorescenzen bedeckt, die dicht an einander gedrängt standen und teilweise einen Urticaria ähnlichen

Character trugen. An beiden Hohlhänden entwickelte sich ein vesiculöses Eczem, welches sich aus stecknadelkopf- bis erbsengrossen Blasen zusammensetzte und sich auf die Dorsalfläche der Finger ausdehnte. Der Kopf war mit Borken dicht besetzt, die Ohren gerötet, geschwollen, und mit zahlreichen Knötchen bedeckt. In der regio pubica und am Bauche war ein gleichmässiges, mit honiggelben Börkchen durchsetztes Exanthem vorhanden. Die übrige Haut war überall stark gerötet, fühlte sich heiss und leicht ödematös an. Die Schleimhaut des Mundes war ebenfalls roth, die Zunge himbeerartig. Die einzelnen Papeln nahmen allmählich stellenweise einen mehr lividen Character an, so dass dieselben z. B. am Unterschenkel eine verschiedene Farbe zeigten, theils waren sie roth, theils bläulich gefärbt. Nach wenigen Tagen gingen unter Puder und Kleienbädern die eczematösen Erscheinungen zurück, so dass nur eine gleichmässig diffuse erythematöse Röthe sichtbar war. Zugleich war der ganze Körper von oben bis unten mit reichlichen Schuppen und Hautfetzen bedeckt. So bestand jetzt das ausgeprägte Bild einer Dermatitis superficialis exfoliativa. Die Abschuppung, die zuerst sehr intensiv war, nahm allmählich ab, um sich nach 10-12 Tagen, ebenso wie das Erythem, vollständig zu verlieren. Hervorzuheben ist in diesem Falle noch besonders das gleichzeitige Ergriffensein der Mundschleimhaut.

Was nun das mercurielle Erythem anbetrifft, so finden sich auch darüber in der Litteratur mehrfache Angaben. Dasselbe hat bald einen masern-, bald einen scharlachähnlichen Character. Auch können sich die einzelnen erythematösen Flecke, wie es in der vorangegangenen Krankengeschichte ebenfalls erwähnt ist, stellenweise zu reinen Urticariaquaddeln ausbilden.

Derartige Fälle sind z. B. von Du Mesnil u. A. in der Litteratur beschrieben worden. Im Allgemeinen kann man sagen, dass diese Form sich in der Weise entwickelt, dass erst vereinzelte mehr oder minder grosse Flecke auftreten, die sich peripher ausbreiten und dann untereinander confluieren. In diese Kategorie gehören die Fälle von Burtyeff, van Harlingen, Reichel u. A. Auch hier pflegt sich, falls es sich um eine äusserliche Anwendung des Mercurs handelt, das Erythem zuvörderst an derjenigen Stelle zu zeigen, an der das Medicament eingewirkt hat.

Derartige Erytheme können einen ernsteren Charakter dadurch erhalten, dass ihr Aussehen denjenigen Ausschlagsformen, die nach stark typischen Giften oder bei septicämischen Prozessen beobachtet worden sind, ähnlich wird.

Ein derartiger Fall ist der folgende: Es handelt sich um eine 74-jährige Frau, welche im Dezember vorigen Jahres an Influenza erkrankte und im Anschluss daran eine Thrombo-Phlebitis des rechten Unterschenkels bekam, welcher seit Dezennien mit Varicen und varicösen Knoten dicht besetzt war. Die Affection breitete sich vom Malleolus internus bis zur Mitte des Unterschenkels aus. Das Bein wurde neben anderweitiger Behandlung, die hauptsächlich in Hochlagerung und zeitweiligen feuchten Einwicklungen bestand, mit Ung. ciner. dreimal täglich erbsen- bis bohnengross an den ergriffenen Stellen eingerieben. Nach 8 Tagen ungefähr stellte sich in der Umgebung der erkrankten Theile ein leichtes Erythem ein, das zum Aussetzen des Ung. ciner. Veranlassung gab. Zugleich trat

eine Phlebitis des linken Unterschenkels hinzu. Zwei Tage später zeigte sich ein Exanthem, das sich von dem zuerst behandelten Unterschenkel aus allmählich über den ganzen Körper ausdehnte, und zwar in der Weise, dass zuerst der rechte Oberschenkel, dann der Rücken, dann der linke Unterschenkel und schliesslich Bauch, Brust und Arme befallen wurden. Der Ausschlag bestand aus sehr zahlreichen, dicht an einanderstehenden, unregelmässig begrenzten, theils länglichen, theils rundlichen Erythemflecken von der Grösse eines Markstückes und darüber, die in der Mitte alle ein auffallendes, bläuliches Centrum zeigten, das sich bei der genaueren Untersuchung als eine Haemorrhagie herausstellte. Der Fleck selbst war ziemlich blassroth und mitunter von einem kleinen, dunkelrothen Saum umgeben.

Nebenbei bestanden leichte Fieberbewegungen; Stomatitis oder Durchfälle waren aber nicht vorhanden. Die Ausbreitung des Exanthems ging in 48 Stunden vor sich. Nach dieser Zeit war der ganze Körper befallen; sogar auf dem harten Gaumen waren vereinzelte, ganz kleine punktförmige Hämorrhagien sichtbar. Die weitere Entwicklung des Ausschlages ging so vor sich, dass die einzelnen erythematösen Flecke sich langsam und in immer matterer Farbe in der Peripherie ausdehnten, um allmählich ganz abzublassen. Innerhalb weniger Tage war bis auf eine nicht sehr starke, noch längere Zeit dauernde kleienförmige Schuppung und eine mässige hellbräunliche Pigmentierung das Exanthem geschwunden. Es wäre in diesem Falle, da eine ziemlich starke Prostration der Kräfte vorhanden und auch in der rechten Lunge eine Hypostase in Ausbildung begriffen war, der Irrthum, an einen septicämischen Prozess zu denken, wohl möglich gewesen. Interessant ist noch ferner, dass mit Ausnahme des Ortes der Application des Ung. ciner. diejenigen Stellen des Körpers zuerst befallen wurden, die durch die Lagerung einem gewissen Druck und einer erschwerten Circulation ausgesetzt waren, die Innenfläche des rechten Oberschenkels und der Rücken.

Diese Erythemform mit centraler Haemorrhagie bildet einen Uebergang zur

3) reinen Purpura, die nicht allzuhäufig ist. In diese Gruppe gehört eine interessante Form von Hautblutungen, der in der Litteratur keine Erwähnung geschieht, und die werth ist, an dieser Stelle angeführt zu werden. Ein typisches Beispiel dafür liefert ein Arbeiter von einigen 20 Jahren, der sich im Anschluss an ein Ulcus molle einen linksseitigen Bubo zuzog. Da er sich nicht schonen konnte, sondern beständig in Bewegung war und ausserdem z. T. infolge seiner Thätigkeit zahlreiche Varicen an beiden Unterschenkeln hatte, so entwickelte sich nach einigen Wochen eine linksseitige Phlebitis, die mit örtlichen mercuriellen Einreibungen behandelt wurde. Bei einer nach 5-6 Tagen vorgenommenen Besichtigung fiel es auf, dass die Haut des Unterschenkels einen leicht, völlig bräunlichen Charakter im Vergleich zu derjenigen des anderen darbot. Es stellte sich nun heraus, dass der ganze Unterschenkel mit zahllosen, kleinsten, stecknadelspitzgrossen Haemorrhagieen bedeckt war, die dieses eigenthümliche tiefere Colorit der Haut hervorriefen.

Dass es sich dabei nicht um ein Unikum handelt, lehrten andere Fälle, in denen ebenfalls derartige kleinste Blutungen auf der Haut nach

örtlicher Anwendung des Mercurs gesehen wurden. Diese Haemorrhagieen können auch gruppenweise auftreten. So kam erst unlängst ein Herr zur Beobachtung, der mit Inunctionen in meiner Klinik behandelt wurde, in welcher nach genauer Vorschrift und von geübter Hand nur die Innenseiten der Extremitäten eingerieben werden. Derselbe zeigte gegen Ende seiner Kur auf der Streckseite des rechten Vorderarms zwei ungefähr fünfmarkstückgrosse kreisförmige Flecke, die durch ihre eigenthümliche bräunliche Farbe hervortraten. Auch hier waren kleinste, punktförmige Blutungen deutlich zu erkennen. Es bedarf nicht der Erwähnung, dass das Verschwinden dieser Flecke nach dem Aussetzen des Mercurs beobachtet wurde. Die Resorption geht in fast allen diesen Fällen ziemlich langsam vor sich.

Andererseits können sich aber auch Formen ausbilden, die den Charakter

4) des Erythema exsudativum multiforme darbieten. Ein ganz besonders charakteristischer Fall betraf einen Collegen, der mir wegen seines eigenthümlichen Hautausschlages im vorigen Jahre von dem behandelnden Arzte zur Begutachtung überwiesen wurde. Der Betreffende war $^{3}/_{4}$ Jahre vorher infiziert worden und hatte zuerst Hydr. oxyd. tannic.-Pillen genommen. Damals soll bereits im Laufe der Behandlung ein eigenthümliches Exanthem vorhanden gewesen sein. Nachher bekam derselbe Sublimat und später einige Einspritzungen von Ol. ciner. Da sich kurze Zeit, bevor ich den Collegen sah, Plaques auf den Tonsillen gezeigt hatten, so wurde eine Inunctionskur mit Quecksilber-Resorbinsalbe à 3 gr. begonnen. Im ganzen waren bisher 12 Einreibungen von dem Pat. selbst gemacht worden. Bei der Besichtigung zeigte sich ein typisches Erythema exsudativum multiforme auf der ganzen Unterbauchgegend, das sich bis ungefähr zu Nabelhöhe ausdehnte. Das Exanthem in Gestalt eines Erythema gyratum bestand aus zahlreichen Segmenten, die zu den verschiedensten Figuren untereinander vereinigt waren, und bot die dem Erythema exsudativum eigenthümlichen Unterschiede des cyanotisch gefärbten central gelegenen Theils und der zinnoberroth tingierten Umgrenzung auf das Deutlichste dar. Die Haut zwischen den einzelnen Kreisfiguren war normal und nicht geröthet. Die Inunctionen waren an den Unterextremitäten, Brust und Bauch gemacht worden; die Arme musste der Pat. wegen seiner Thätigkeit an einer chirurgischen Station schonen. Derselbe erzählte, dass er ein ähnliches Exanthem schon früher einmal nach Anwendung von Ung. ciner. wegen Pediculi pubis gehabt hätte. Die Inunctionen wurden ausgesetzt, das Exanthem blasste unter leichter Pigmentierung schnell ab.

Die schwerste Form der mercuriellen Exantheme ist dem Pemphigus ähnlich, von der in der Litteratur, wenn auch wenige Beispiele auszufinden sind.

Ein einschlägiger Fall ist der folgende: Ein junges Mädchen von 18 Jahren, die verlobt ist, und deren Bräutigam sich während dieser Zeit syphilitisch infiziert hat, wurde wegen eines Exanthems, das sich an den Lippen, am Stamm und an den Hohlhänden zeigte, zuerst wenige Tage mit Sublimatpillen behandelt, und da das Exanthem nicht schwand, gleich darauf einer Inunctionskur unterworfen, da angenommen wurde, dass eine Infection per os erfolgt sei. Der Ausschlag nahm zu, wurde sehr schmerzhaft, und in diesem Zustande habe ich auf Veranlassung des behan-

delnden Collegen die Pat. zum ersten Male gesehen. Dieselbe ist blond, blass, gracil. An den Lippen war nirgends eine Stelle zu finden, die für einen vorangegangenen Primäraffect hätte gelten können. Der ganze Körper war absolut frei von Drüsenschwellungen irgendwelcher Art, nur in der Cervicalgegend war eine Drüse mässig vergrössert fühlbar, die von Kindheit an bestehen sollte. Dagegen waren auf der Brust, an den Oberextremitäten, in den Kniekehlen und auf dem Rücken kreis- und segmentartige Efflorescenzen vorhanden, deren Rand mit länglichen, confluierten, matschigen Blasen mit jauchendem Inhalt bedeckt war. Zwischendurch bemerkte man auch vielfache einzelne Blasen von verschiedener Grösse mit dünneitrigem Secret. An manchen Stellen konnte man deutlich wahrnehmen, dass die Kreisfiguren sich peripher ausgebreitet hatten, indem das Centrum flach oder mit Börkchen und Schuppen bedeckt war, während der Rand erhaben und mit den eben beschriebenen Blasen besetzt war. Zwischendurch fanden sich Krusten, die von geplatzten und eingetrockneten Bullen herrührten, und vielfache der Epidermis beraubte jauchende Stellen, die ein serös eitriges übelriechendes Sekret absonderten. Es war das ausgesprochene Bild des Erythema bulbosum resp. des Pemphigus. An den Handflächen bestand nur eine oberflächliche Schuppung, dagegen sah man im Munde an den Gaumenbögen und Tonsillen mehrfache deutliche Epithelablösungen. Das Allgemeinbefinden war schlecht, die Pat., heruntergekommen und leicht fiebernd, konnte keine Nacht vor brennenden Schmerzen an den der Epidermis beraubten Stellen und vor dem widerlichen Geruch der stark secernierenden Flächen Ruhe finden. Die Diagnose wurde auf Dermatitis bulbosa nach Quecksilber gestellt. Die Medication wurde ausgesetzt, und es wurden Kleienbäder, Wismuthpuder und Roborantien verordnet. Von dem Augenblick an änderte sich das Bild. Die Blasen trokneten ziemlich schnell ein, und die Pat. konnte sehr bald das Bett verlassen. Sie ist noch heute unter meiner Beobachtung und zeigt in sehr mässigem Grade das Bild eines chronischen Herpes iris (Dermatitis herpetiformis), kleine kreis- und segmentartige Linien, die mit vereinzelten linsengrossen Bläschen mit serösem Inhalt bedeckt sind, sowie auch zwischendurch ähnliche alleinstehende Vesikeln. Höchstwahrscheinlich war diese Hautaffection Veranlassung, dass die Diagnose auf Lues gestellt wurde. Bis jetzt sind specifische Erscheinungen irgendwelcher Art noch nicht hervorgetreten.

Dies sind die Formen, die ich nach Quecksilber zu beobachten Gelegenheit hatte. Fasst man dieselben unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zusammen, so muss man vor allen Dingen den polymorphen Charakter der mercuriellen Exantheme anerkennen. Diese Eigenthümlichkeit ist nicht das Zeichen eines specifischen Charakters des Mercurs, sondern kommt auch anderen Medicamenten zu, welche ähnliche Exantheme hervorrufen. Nur den einzelnen Morphen fehlt es, wie aus dem vorigen ersichtlich ist, mitunter nicht an prägnanten klinischen Merkmalen. Besonders hervorzuheben ist hierbei das Moment, dass die sichtbaren Schleimhäute und besonders die des Mundes in ähnlicher Weise, wie die äussere Haut ergriffen werden können. Die angeführten Krankengeschichten beweisen diese Thatsache auf das allerdeutlichste, ja, es kann sich sogar mitunter im Munde ein Exanthem zeigen, ohne dass Hauterkrankungen vorhanden sind. In der Litteratur hat dieser Punkt bisher nicht die genügende Achtung erfahren.

Die Frage, ob das Quecksilber bei innerlicher und bei subcutaner resp. intramuskulärer Anwendung in gleicher Weise wirkt, wie bei äusserlicher, kann nach dem, was in der Litteratur und nach meinen eigenen Erfahrungen vorliegt, nur in bejahendem Sinne beantwortet werden. Selbstverständlich sind die Exantheme nach äusserlichem Gebrauch des Quecksilbers unendlich viel häufiger als die nach anderweitiger Verabreichung desselben. Nach subcutaner Einspritzung finden sich unzweifelhafte Fälle von Hamann, Engelmann, Lewin, Flitner, Jarusoff u. A. nach Sublimat, von Lesser nach Calomel, von Quincke und Petersen nach Salicyl-Quecksilber u. a. Ich selbst habe mehrfach nach Injectionen von löslichen und unlöslichen Salzen mehr oder minder flüchtige Erytheme auftreten sehen, deren Deutung, wenn der Charakter derselben nicht bekannt ist, mancherlei Schwierigkeiten beseitet.

Von innerlicher Anwendung des Quecksilbers, dessen Wirkung auf die Haut anerkannte Autoritäten, z. B. Neumann in seinem Lehrbuche vom Jahre 1880, noch bestreiten, sind zu erwähnen die Fälle von Spanocchi nach Sublimat, Dubruilh nach Calomel, Saint-Germain, Gaucheraud, Morell-Lavallée u. a. Auch sind mehrfach Fälle genau beschrieben worden, in denen sich das Quecksilberexanthem bei demselben Pat., in welcher Form auch immer das Mittel verabreicht wurde, zeigte. Hierher gehören die Fälle von Burtyeff, Bancton, Ledermann und Engelmann, dessen Pat. auch nach Einatmung von Quecksilberdämpfen ein Exanthem bekam.

Sogar bei intrauteriner Anwendung des Mercurs sind Exantheme beschrieben worden, so von Petrini, der eine 21jährige Frau behandelte, welche nach einigen intrauterinen Sublimatinjectionen einen bulbösen Ausschlag bekam.

Lässt sich aus diesen Angaben bereits deutlich erkennen, dass die verschiedensten Quecksilberverbindungen, innerlich subcutan oder intramuskulär verabreicht, Exantheme hervorrufen können, so rufen selbstverständlich auch bei äusserlicher Anwendung die verschiedenen Präparate (Ung. ciner.), Quecksilberpflaster (Sapo mercurialis), ähnliche Erscheinungen hervor. Es soll hier nur an die Intoxicationen nach Sublimatgaze (Reichel) und Ung. praecip. alb. (Alexander) erinnert werden.

Letztere Fälle gehören, wie längst bekannt ist, nicht zu den Seltenheiten. Mithin darf man behaupten, dass die Art und Weise, in welcher das Quecksilber in den Körper eingeführt wird, für das Auftreten eines Exanthems nicht ausschlaggebend ist, und dass die Ansicht Lessers, dass die durch Allgemeinwirkung hervorgerufenen Exantheme den durch locale Einwirkung des Quecksilbers hervorgerufenen an die Seite zu stellen sind, zu Recht besteht.

Hinzufügen möchte ich hierbei noch die Bemerkung, dass die Gegner der Anwendung unlöslicher Quecksilberverbindungen als besonders wichtig angeführt haben, dass dadurch, dass angeblich ein Quecksilberdepot in den Körper gebracht wird, von welchem aus die Resorption unregelmässig vor sich geht, mit den anderen Intoxicationserscheinungen des Quecksilbers auch Hauterscheinungen häufiger auftreten würden. Von der Begründung dieser Ansicht an dieser Stelle abgesehen, steht diese Behauptung, wie die Beobachtung ergiebt, — und nur diese ist in derartigen Fragen massgebend und nicht die am grünen Tisch ersonnene Theorie — auf sehr schwachen Füssen. Wer viel mit unlöslichen Salzen gearbeitet hat, wird zugeben

delnden Collegen die Pat. zum ersten Male gesehen. Dieselbe ist blond, blass, gracil. An den Lippen war nirgends eine Stelle zu finden, die für einen vorangegangenen Primäraffect hätte gelten können. Der ganze Körper war absolut frei von Drüsenschwellungen irgendwelcher Art, nur in der Cervicalgegend war eine Drüse mässig vergrössert fühlbar, die von Kindheit an bestehen sollte. Dagegen waren auf der Brust, an den Oberextremitäten, in den Kniekehlen und auf dem Rücken kreis- und segmentartige Efflorescenzen vorhanden, deren Rand mit länglichen, confluierten, matschigen Blasen mit jauchendem Inhalt bedeckt war. Zwischendurch bemerkte man auch vielfache einzelne Blasen von verschiedener Grösse mit dünneitrigem Secret. An manchen Stellen konnte man deutlich wahrnehmen, dass die Kreisfiguren sich peripher ausgebreitet hatten, indem das Centrum flach oder mit Börkchen und Schuppen bedeckt war, während der Rand erhaben und mit den eben beschriebenen Blasen besetzt war. Zwischendurch fanden sich Krusten, die von geplatzten und eingetrockneten Bullen herrührten, und vielfache der Epidermis beraubte jauchende Stellen, die ein serös eitriges übelriechendes Sekret absonderten. Es war das ausgesprochene Bild des Erythema bulbosum resp. des Pemphigus. An den Handflächen bestand nur eine oberflächliche Schuppung, dagegen sah man im Munde an den Gaumenbögen und Tonsillen mehrfache deutliche Epithelablösungen. Das Allgemeinbefinden war schlecht, die Pat., heruntergekommen und leicht fiebernd, konnte keine Nacht vor brennenden Schmerzen an den der Epidermis beraubten Stellen und vor dem widerlichen Geruch der stark secernierenden Flächen Ruhe finden. Die Diagnose wurde auf Dermatitis bulbosa nach Quecksilber gestellt. Die Medication wurde ausgesetzt, und es wurden Kleienbäder, Wismuthpuder und Roborantien verordnet. Von dem Augenblick an änderte sich das Bild. Die Blasen trokneten ziemlich schnell ein, und die Pat. konnte sehr bald das Bett verlassen. Sie ist noch heute unter meiner Beobachtung und zeigt in sehr mässigem Grade das Bild eines chronischen Herpes iris (Dermatitis herpetiformis), kleine kreis- und segmentartige Linien, die mit vereinzelten linsengrossen Bläschen mit serösem Inhalt bedeckt sind, sowie auch zwischendurch ähnliche alleinstehende Vesikeln. Höchstwahrscheinlich war diese Hautaffection Veranlassung, dass die Diagnose auf Lues gestellt wurde. Bis jetzt sind specifische Erscheinungen irgendwelcher Art noch nicht hervorgetreten.

Dies sind die Formen, die ich nach Quecksilber zu beobachten Gelegenheit hatte. Fasst man dieselben unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zusammen, so muss man vor allen Dingen den polymorphen Charakter der mercuriellen Exantheme anerkennen. Diese Eigenthümlichkeit ist nicht das Zeichen eines specifischen Charakters des Mercurs, sondern kommt auch anderen Medicamenten zu, welche ähnliche Exantheme hervorrufen. Nur den einzelnen Morphen fehlt es, wie aus dem vorigen ersichtlich ist, mitunter nicht an prägnanten klinischen Merkmalen. Besonders hervorzuheben ist hierbei das Moment, dass die sichtbaren Schleimhäute und besonders die des Mundes in ähnlicher Weise, wie die äussere Haut ergriffen werden können. Die angeführten Krankengeschichten beweisen diese Thatsache auf das allerdeutlichste, ja, es kann sich sogar mitunter im Munde ein Exanthem zeigen, ohne dass Hauterkrankungen vorhanden sind. In der Litteratur hat dieser Punkt bisher nicht die genügende Achtung erfahren.

Die Frage, ob das Quecksilber bei innerlicher und bei subcutaner resp. intramuskulärer Anwendung in gleicher Weise wirkt, wie bei äusserlicher, kann nach dem, was in der Litteratur und nach meinen eigenen Erfahrungen vorliegt, nur in bejahendem Sinne beantwortet werden. Selbstverständlich sind die Exantheme nach äusserlichem Gebrauch des Quecksilbers unendlich viel häufiger als die nach anderweitiger Verabreichung desselben. Nach subcutaner Einspritzung finden sich unzweifelhafte Fälle von Hamann, Engelmann, Lewin, Flitner, Jarusoff u. A. nach Sublimat, von Lesser nach Calomel, von Quincke und Petersen nach Salicyl-Quecksilber u. a. Ich selbst habe mehrfach nach Injectionen von löslichen und unlöslichen Salzen mehr oder minder flüchtige Erytheme auftreten sehen, deren Deutung, wenn der Charakter derselben nicht bekannt ist, mancherlei Schwierigkeiten bereitet.

Von innerlicher Anwendung des Quecksilbers, dessen Wirkung auf die Haut anerkannte Autoritäten, z. B. Neumann in seinem Lehrbuche vom Jahre 1880, noch bestreiten, sind zu erwähnen die Fälle von Spanocchi nach Sublimat, Dubruilh nach Calomel, Saint-Germain, Gaucheraud, Morell-Lavallée u. a. Auch sind mehrfach Fälle genau beschrieben worden, in denen sich das Quecksilberexanthem bei demselben Pat., in welcher Form auch immer das Mittel verabreicht wurde, zeigte. Hierher gehören die Fälle von Burtyeff, Bancton, Ledermann und Engelmann, dessen Pat. auch nach Einatmung von Quecksilberdämpfen ein Exanthem bekam.

Sogar bei intrauteriner Anwendung des Mercurs sind Exantheme beschrieben worden, so von Petrini, der eine 21jährige Frau behandelte, welche nach einigen intrauterinen Sublimatinjectionen einen bulbösen Ausschlag bekam.

Lässt sich aus diesen Angaben bereits deutlich erkennen, dass die verschiedensten Quecksilberverbindungen, innerlich subcutan oder intramuskulär verabreicht, Exantheme hervorrufen können, so rufen selbstverständlich auch bei äusserlicher Anwendung die verschiedenen Präparate (Ung. ciner.), Quecksilberpflaster (Sapo mercurialis), ähnliche Erscheinungen hervor. Es soll hier nur an die Intoxicationen nach Sublimatgaze (Reichel) und Ung. praecip. alb. (Alexander) erinnert werden.

Letztere Fälle gehören, wie längst bekannt ist, nicht zu den Seltenheiten. Mithin darf man behaupten, dass die Art und Weise, in welcher das Quecksilber in den Körper eingeführt wird, für das Auftreten eines Exanthems nicht ausschlaggebend ist, und dass die Ansicht Lessers, dass die durch Allgemeinwirkung hervorgerufenen Exantheme den durch locale Einwirkung des Quecksilbers hervorgerufenen an die Seite zu stellen sind, zu Recht besteht.

Hinzufügen möchte ich hierbei noch die Bemerkung, dass die Gegner der Anwendung unlöslicher Quecksilberverbindungen als besonders wichtig angeführt haben, dass dadurch, dass angeblich ein Quecksilberdepot in den Körper gebracht wird, von welchem aus die Resorption unregelmässig vor sich geht, mit den anderen Intoxicationserscheinungen des Quecksilbers auch Hauterscheinungen häufiger auftreten würden. Von der Begründung dieser Ansicht an dieser Stelle abgesehen, steht diese Behauptung, wie die Beobachtung ergiebt, — und nur diese ist in derartigen Fragen massgebend und nicht die am grünen Tisch ersonnene Theorie — auf sehr schwachen Füssen. Wer viel mit unlöslichen Salzen gearbeitet hat, wird zugeben

Beispiel findet man so sehr häufig sogenanntes Merkurialexanthem von der bekannten Lokalisation bei Leuten, die sich selbstgekaufte graue Salbe an den Genitalien gegen Pediculi eingerieben haben. Warum sieht man nie derartiges nach den ärztlicherseits verordneten Einreibungen mit Ungt. ciner.? Voraussichtlich hat das Präparat die Schuld (vielleicht Terpentin in der gewöhnlichen grauen Salbe).

Nach Ungt. hg. ciner. benz. Einreibungen hat Barlow noch kein Merkurialexanthem gesehen.

Dr. **O. von Petersen** (St. Petersburg):

Die Nomenclatur der Syphilisperioden in statistischer Beziehung.

Meine Herren! Seit Jahren beschäftigt die Frage in welcher Weise die Ausbreitung der Syphilis zu bekämpfen die Syphilidologen aller Herren Länder und es findet kaum irgendwo ein Aerzte-Congress statt, wo nicht diese Frage in der einen oder anderen Weise discutirt wird.

Vorherrschend dreht sich die Discussion aber gewöhnlich um die Frage, in welcher Weise die Prostitution, dieser gewiss wichtige Weg der Verbreitung der Syphilis, zu regeln sei.

Es ist aber dabei merkwürdigerweise eine andere Frage, die nicht minder wichtig, viel zu wenig beachtet und auf die ich heute besonders hinweisen möchte.

Wenn wir von einem Kampf gegen die Syphilis sprechen wollen, so müssen wir doch vor Allem einigermassen einen Ueberblick haben, wie stark die Syphilis in dieser oder jener Gegend verbreitet ist.

Wie schafft man sich nun darüber einen wenn auch nur annähernd richtigen Begriff?

Eine genaue Statistik über die Zahl der Syphilitischen in einem Lande zu erhalten ist etwas absolut Unmögliches; das liegt in der chronischen Natur der Krankheit, in der allgemein verbreiteten Gewohnheit der Syphilitiker ihre Leiden möglichst geheim zuhalten.

Wir können also immer nur von relativen Zahlen, ein mehr oder weniger begrenztes Gebiet betreffend sprechen, und auch da erhält man kein klares Bild.

Wie wollen wir nun urtheilen, ob die Ausbreitung der Syphilis zunimmt oder abnimmt, gelangen doch in die Berichte die vor vielen Jahren Inficirten in derselben Weise in die Rubrik « Syphilis » wie die von einigen Wochen frisch Erkrankten.

Um also über die Ausbreitung der Syphilis urtheilen zu können, müssen wir einen bestimmten Indicator haben, der uns die Schwankungen der Krankenzahl in einheitlicher Weise angiebt.

Diesen Indicator finden wir aber in der Anzahl der frisch angesteckten Syphilis-Kranken. Wenn in einer bestimmten Gegend die Zahl der Frischerkrankten jährlich abnimmt, sind wir berechtigt zu sagen, in dieser Gegend wirkt der Kampf gegen die Syphilis erfolgreich, nimmt die Zahl der Frischerkrankten jährlich bedeutend zu, so ist das ein Beweis für die Zunahme der Seuche in der betreffenden Gegend.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass wir bei der Registrirung der Syphilis-Kranken eine Nomenklatur haben müssen, die es ermöglicht sofort zu ersehen, wieviel neue Infectionen in einem bestimmten Zeitabschnitt, sagen wir, in einem Jahre vorgekommen.

Fragen wir uns nun, ob die üblichen Nomenklaturen der Syphilis-Perioden in dieser Beziehung diesem Bedürfniss genügen, so müssen wir eingestehen, dass dies nicht der Fall ist. Sie geben keinen klaren Ueberblick über die Zahl der Frischerkrankten!

In verschiedenen Ländern werden die Syphilitiker je nach dem Stadium der Krankheit verschieden registrirt, so in ein und demselben Lande benützen die Einen diese, die Anderen jene Nomenklatur, und dadurch schwindet die Möglichkeit durch Vergleichen der Berichte Schlüsse zu ziehen.

So lange noch die Lehre der Unitarier herrschte konnte von einer speciellen Nomenklatur der Syphilis-Perioden nicht viel die Rede sein, wusste man doch bei Syphilis primaria nicht, ob es sich um Ulcus molle oder Ulcus induratum handelte.

Seit nun der Dualismus überall die Herrschaft errungen, gewinnt die Eintheilung der Stadien der Syphilis ganz andere Bedeutung, und da sind es deren zwei Nomenklaturen, die vorherrschend Verbreitung gefunden.

Die Ricord'sche Nomenklatur hält sich an die Zeitdauer der Stadien und unterscheidet Syphilis primaria, Syphilis secundaria und Syphilis tertiaria. Soweit wäre die Eintheilung ja eine zweckentsprechende, leider gewinnt man durch dieselbe aber keinen Begriff über die Zahl der frisch Inficirten; die Einen, welche in Behandlung kommen, wo nur ein Ulcus induratum vorhanden, werden als Syphilis primaria registrirt, die Anderen gleichzeitig Inficirten kommen zum Arzt einige Wochen später, wo bereits Roseola erschienen und werden als Syphilis secundaria registrirt, ganz in derselben Weise wie Patienten, die vielleicht schon vor 5-6 Jahren inficirt und nur ein leichtes Recidiv in Form von Schleimpapeln an der Zunge darbieten. Finden wir in einem Berichte 100 Fälle von Syphilis secundaria notirt, so haben wir keine Ahnung, ob es sich um frische Infection oder um ein altes Recidiv handelt.

Darüber, dass immer noch Hospital-Berichte erscheinen, in welchen unter « Syphilis primaria » weiche Schanker rubrificirt werden, will ich schon garnicht sprechen.

Die zweite, ebenso verbreitete Nomenklatur ist, soviel mir bekannt, von Zeissl eingeführt worden, und basirt auf den hervorragenden klinischen Erscheinungen der verschiedenen Stadien der Syphilis. Zeissl unterscheidet: Ulcus induratum, Syphilis condylomatosa und Syphilis gummosa; also wiederum eine Dreitheilung mit zwei infectiösen und einem nicht infectiösen Stadium.

Doch auch diese Eintheilung giebt keinen klaren Begriff von der Zahl der frisch Inficirten, denn in einer Reihe von Fällen, wo Papeln sehr früh erscheinen, werden die Patienten, die zu den frisch Angesteckten gehören, in eine Rubrik mit denjenigen geworfen, die ältere oder jüngere Recidive aufweisen.

Von den übrigen Vorschlägen zur Eintheilung der Syphilis nach verschiedenen Stadien der Krankheit will ich heute nicht reden, da sie zu wenig Verbreitung gefunden haben und ebenfalls für die Statistik nicht zweckentsprechend sind.

Wenn ich mir nun heute einen Vorschlag zu einer Nomenklatur erlaube, so möchte ich mich von vornherein gegen den Vorwurf wahren, dass ich etwas besonders Neues proponire, im Gegentheil, ich möchte nur das zusammenfassen und formuliren, was wir bereits seit Jahren in der Litteratur schon vorfinden. Sehr häufig finden wir in Arbeiten der verschiedensten Länder, dass man von recenten Erscheinungen, von Recidiven und von tardiven Formen der Syphilis spricht. Da liegt es denn doch sehr nahe diese Bezeichnungen auch in der Statistik zu fixiren und in den Berichten folgende drei Rubriken aufzustellen:

Syphilis recens,
Syphilis recidiva,
Syphilis tardiva.

Und ich kann gleich hinzufügen, dass ich in St. Petersburg in meiner Hospitalabtheilung, in meiner Klinik und in der Privatpraxis seit einer Reihe von Jahren diese Nomenklatur eingeführt, und als völlig zweckentsprechend gefunden habe.

Als Syphilis recens werden alle diejenigen Fälle bezeichnet, wo ein Ulcus induratum vorhanden, mit oder ohne gleichzeitigem maculösem oder papulösem Exantheme.

Die übrigen Fälle, die man sonst als Syphilis secundaria oder condylomatosa bezeichnet, rubrificiren wir als Syphilis recidiva, denn stets handelt es sich dabei doch um Recidive, Rückfälle.

Syphilis tardiva entspricht natürlich der Syphilis tertiaria oder gummosa. Gegen der Ausdruck « tardiva » könnte ja angeführt werden, dass gummöse oder viscerale Erscheinungen zuweilen sehr bald nach der Infection auftreten, das sind ja aber doch nur Ausnahmen, gewöhnlich treten sie doch erst in den Spätstadien auf.

Wenn es ausserdem wohl das eine oder andere Mal vorkommen könnte, dass man schwankt, in welche Rubrik ein Patient zu rechnen, so werden das doch nur Ausnahmsfälle sein; im Grossen und Ganzen, kann ich aus Erfahrung sagen, dass die vorgeschlagene Nomenklatur sich als praktisch erwiesen und dass ich bei dieser Rubrificirung stets weiss, wieviel frisch mit Syphilis Inficirte ich alljährlich beobachtet habe und in Folge dessen von einer relativen Zu- oder Abnahme der Syphilis in einem gegebenen Gebiete reden kann.

Es würde mich freuen, wenn die Herren Special-Collegen die Registrirung ihrer Syphilis-Patienten nach dieser Nomenklatur versuchen wollten.

Zum Schluss möchte ich folgende Punkte zur Discussion stellen:

1) Die gebräuchlichen Formen der Nomenklatur zur Registrirung der Syphiliskranken verschiedener Stadien geben keinen Begriff von der Zahl der frisch Inficirten.

2) Die Nomenklatur Syphilis recens, Syphilis recidiva und Syphilis tardiva giebt die Möglichkeit stets zu wissen, wieviele neue Infectionen in einem gegebenen Zeitraum zur Beobachtung gekommen.

3) Diese Nomenklatur lässt sich auch für die congenitale resp. hereditäre Syphilis verwenden.

4) Bei hereditärer Syphilis kommen die Kinder im Stadium der Syphilis recidiva zur Welt, da der Verlauf intrauterin ein viel schnellerer ist als bei extrauteriner Infection.

Prof. **R. Massalongo** (Padova):

Sifilide renale congenita.

L'O. in questa nota anatomo-clinica illustra un caso di sifilide renale congenita o meglio fetale, l'unico finora noto alla scienza.

Trattavasi di una bambina di sei mesi, nata avanti termine, da madre sifilitica (sifilide preconcezionale), dalla nascita malaticcia, poco sviluppata per la sua età. Aveva numerosi sifilodermi alle coscie ed ai genitali esterni. Malgrado tutte le cure, la piccola ammalata nel volger di un mese circa con fenomeni uremici, morì. All'autopsia nefrite-interstiziale. Unica etiologia la sifilide. All'esame istologico, oltre la sclerosi del tessuto connettivo, si scorgono le arterie in grave misura affette da endoarterite e periarterite. Sono pure ammalate le arterie della milza e del fegato, ma in grado assai minore con incipiente iperplasia dello stroma connettivale.

Pure alterati, compressi, atrofizzati molti glomeruli malpighiani dell'esuberante tessuto congiuntivo; la rete arteriale che li circonda deformata, e così sclerotico apparisce il tessuto interstiziale che circonda i tubuli uriniferi, molti dei quali si vedono sequestrati ed atrofizzati; qua e là le cellule secretorie si vedono degenerate.

Queste alterazioni renali corrispondono esattamente a quelle descritte nella nefrosifilosi tardiva.

La profondità e diffusione delle alterazioni renali, la loro natura, il loro aspetto inducono l'O. ad ammettere che già nell'utero materno, mentre gli organi andavano sviluppandosi, la sifilide ne intaccava la compage per la primitiva alterazione delle arterie periferiche; perciò classifica il suo caso anche coll'epiteto di nefrite sifilitica fetale.

Non riconobbe l'O. nella letteratura nessun'altra osservazione uguale nè analoga alla sua, di arterite sifilitica congenita così diffusa, nè di nefrite arteriale sifilitica. È un'osservazione unica nelle fasi evolutive dell'eredosifilide.

(L'oratore presenta alcune tavole colorate coi disegni delle sue preparazioni microscopiche).

Dott. **R. Stanziale** (Napoli):

Ricerche istologiche sulle alterazioni luetiche delle arterie cerebrali.

In un caso di sifilide cerebrale, in cui eranvi alterazioni luetiche delle arterie cerebrali, focolai gommosi nella pia madre, piccoli focolai di rammollimento rosso nell'emisfero sinistro ed una gomma nel ponte di Varolio il reperto istologico delle diverse arterie della base del cervello, nei punti più svariati dell'affezione, ha mostrato che in questo caso l'alterazione dei vasi si è iniziata primitivamente nell'avventizia, dove rilevansi le note di un processo infiammatorio con lenta migrazione parvicellulare proveniente principalmente dai vasa-vasorum, con notevole neoformazione di vasi sanguigni e con scarsa iperplasia connettivale. Che le alterazioni dell'intima sono secondarie, rispetto a quelle dell'avventizia, e che in questa tunica si svolge a preferenza un processo iperplastico con produzione di un tessuto

connettivo con cellule a forma endoteliale e con scarsa neoformazione vasale: questo tessuto connettivo nella sua fase fibrosa terminale si ritrae, operando stiramenti, e, quindi, consecutivi distacchi dell'intima iperplastica dall'elastica. Nell'intima si può osservare lo sviluppo di strati elastici di nuova formazione, che l'A. spiega come il prodotto di uno speciale adattamento funzionale.

L'iperplasia granulomatosa dell'avventizia che prevale nell'inizio del processo, persiste lungo tempo al tipo linfoide, e subisce fatti involutivi assai tardi, mentre l'iperplasia dell'intima a carattere prevalentemente connettivale, assume uno sviluppo maggiore e percorre regolarmente tutte le sue diverse fasi.

Cellule giganti di grandezza e forma varia si possono osservare così nell'intima come nell'avventizia in diversi punti, e non si riscontrano giammai quando l'alterazione è avanzata.

La media, in principio assolutamente normale, subisce in seguito passivamente la diffusione del processo, e finisce in ultimo per scomparire per atrofia da compressione.

L'elastica, egualmente normale nell'inizio dell'affezione, si ispessisce in seguito e si rafforza. Solo quando il processo ha percorso tutte le sue fasi, raggiungendo lo stadio fibroso terminale, si atrofizza e può anche scomparire per atrofia.

Relativamente è frequente la produzione di aneurismi miliari, alla cui costituzione possono partecipare senza interruzione tutte le tuniche vasali.

Dott. **R. Stanziale** (Napoli):

Ricerche istologiche sulla sifilide intestinale.

In un caso di ulceri sifilitiche dell'intestino crasso, l'A. ha trovato tutti gli strati della parete intestinale in grado diverso interessati dal processo, il quale risulta principalmente costituito di un infiltramento granulomatoso, ora sotto forma di focolai variamente grandi, con ulcerazione del connettivo sottomucoso e della mucosa, là dove il processo è nel suo maggiore sviluppo.

I vasi sanguigni, nel campo delle alterazioni intestinali studiate, presentavano periarterite ed endoarterite. Le alterazioni vasali ricordavano quelle studiate dall'A. nell'arterite sifilitica dei vasi cerebrali.

Prof. **H. Hallopeau** et **E. Jeanselme** (Paris):

Contribution à l'étude des suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales.

Conclusions

1° Il peut se produire, consécutivement aux syphilomes des cavités nasales, des inflammations suppuratives non spécifiques de la muqueuse qui les tapisse;

2° Elles peuvent être remarquables par leur grande abondance ainsi que par leur durée et constituer ainsi un véritable jetage;

3° Elles peuvent se propager au canal nasal et au sac lacrymal et amener la formation d'une fistule susceptible de donner, pendant des mois, issue à du pus;

4° Elles peuvent envahir les trompes d'Eustache ainsi que les oreilles moyennes et donner lieu ainsi à tous les phénomènes de l'otite double suppurative avec écoulement purulent par les conduits auditifs externes;

5° Elles sont d'origine, mais non de nature syphilitique; leur évolution est indépendante de celle des syphilomes concomitants; l'action du traitement spécifique est nulle sur elles; elles persistent alors que les accidents syphilitiques qui les ont provoquées guérissent rapidement;

6° Elles sont dues à l'intervention de microbes banaux qui trouvent dans les ulcérations syphilitiques une porte d'entrée et se multiplient en raison des conditions favorables de terrain et de culture que leur offrent les cavités nasales;

7° Par suite du jetage abondant qu'elles provoquent, de leur résistance au traitement spécifique et des lésions destructives avec lesquelles elles coïncident, elles peuvent en imposer pour des altérations farcino-morveuses: les résultats des recherches bactériologiques et des inoculations, rapprochés de l'action du traitement sur les lésions concomitantes, permettent seuls d'éviter une erreur.

Doct. C. **Ozenne** (Paris):

Contribution à l'étude des hybridités pathologiques. — Un cas de syphilome cérébral compliqué de glycosurie chez un arthritique. — Double traitement; guérison.

La question des hybridités pathologiques a donné lieu, depuis une quinzaine d'années, à un certain nombre de travaux, dans lesquels on a envisagé l'association des différentes diathèses entre elles. Parmi les auteurs qui se sont le plus occupé de ce point de pathologie générale il n'est que juste de rappeler les noms de Hutchinson, Lewy, Petersen et du professeur Verneuil, de Paris, sous l'inspiration duquel ont été publiés différents mémoires concernant la pathogénie et le traitement de ces associations morbides.

Il est incontestable que ces études ont donné quelques résultats utiles; mais les premiers pas seuls sont faits, et, pour ce qui a trait, en particulier, à l'association de la syphilis et de l'arthritisme, que nous avons déjà étudiée dans notre thèse inaugurale[1]), il existe encore diverses obscurités, contre lesquelles doit lutter la clinique. C'est à ce titre que nous nous permettons de rapporter l'observation suivante:

M. X., âgé de 42 ans, dont la santé n'avait jusqu'alors été troublée que par différentes manifestations arthritiques (dyspepsie, lithiase rénale), était subitement atteint de strabisme externe de l'œil droit, accompagné de maux de tête, de vertiges, d'étourdissements, de nausées et d'une sensation très accentuée de brisure des membres inférieurs.

Ces accidents, qui mettaient le malade dans l'impossibilité de lire, d'écrire et de marcher, persistant au bout de quelques jours, une première

[1]) Du Cancer hez les syphilitiques. Thèse de Paris, 1884.

consultation eut lieu et sur l'avis de deux médecins, dont l'un oculiste, il fut décidé que de petits vésicatoires volants seraient successivement appliqués à la région de la tempe et que chaque jour le malade prendrait un gramme d'iodure de potassium.

Une dizaine de jours s'étant écoulés sans aucun changement notable, ce malade, qui habitait une ville distante d'une trentaine de lieues de Paris, venait me trouver désireux de sortir au plus vite, si possible, de l'état d'inquiétude dans laquelle le plongeaient ces accidents alarmants. Il s'en effrayait d'autant plus que, possédant quelques notions de physiologie des centres nerveux, il redoutait une lésion cérébrale.

L'examen fait à cette époque donna les renseignements suivants: chute très légère de la paupière supérieure; déviation prononcée du globe oculaire en dehors par suite de la paralysie de la branche interne du nerf moteur oculaire commun, qui seule est atteinte, car les moments d'élévation et d'abaissement du globe peuvent avoir lieu. Diplopie et diminution de la perception visuelle telle que la lecture n'est, en réalité, pas possible. Dilatation de la pupille dont la mobilité n'est pas entièrement annihilée. Œil gauche normal.

Le malade accusait en outre une céphalalgie sourde plus accusée par moments et s'accompagnant d'une sensation de vertige, qui rendait la marche incertaine et peu assurée, et d'une très grande faiblesse des membres inférieurs. On notait encore chez lui des digestions difficiles et pénibles coïncidant avec de la dilatation de l'estomac.

Quoique ces différents symptômes fussent bien propres à révéler la nature pathogénique de l'affection, les antécédents arthritiques du malade, dont la tempérance était souvent sujette à caution, m'engagèrent à réclamer un examen de l'urine, dans laquelle on trouva 11 grammes de glycose par litre de liquide. Plusieurs examens ultérieurs donnèrent les mêmes résultats et, d'après la quantité quotidienne d'urine, montrèrent que le total du sucre s'élevait par jour à environ 25 grammes.

La glycosurie était donc incontestable, mais, en réalité, elle était peu intense; aussi persuadé que, tout en pouvant être primitive, elle ne devait pas être seule en cause dans la production des accidents qui s'étaient brusquement manifestés sous la forme d'accidents syphilitiques, et contrairement à l'opinion d'un oculiste distingué de Paris qui émit alors une hypothèse contraire à l'existence de la syphilis, nous prescrivîmes le traitement spécifique suivant: Iodure de potassium (4 gr. par jour); frictions mercurielles quotidiennes (ces deux prescriptions alternant tous les 8 jours).

Sous l'influence de cette médication il se produisit une très rapide amélioration: toutefois, si les accidents oculaires avaient en partie disparu vers le vingt-cinquième jour, on avait encore à compter à cette époque avec le mal de tête, les vertiges et les troubles digestifs.

Au traitement spécifique fut alors ajoutée la médication ordinaire antidiabétique et par la simultanéité de ces différentes prescriptions le malade était arrivé, au bout de deux mois et demi, à ne plus se plaindre que de faiblesse générale, ce dont triomphèrent l'arsénic et les préparations au fer et aux extraits de quinquina et de valériane (arséniate de soude 0,002 milligrammes; tartrate ferrico-potassique 0,04 centigrammes; extrait de

quinquina sec 0,15 centigrammes; extrait de valériane 0,15 centigrammes; rhubarbe pulvérisée 0,03 centigrammes: pour un bol. Six bols par jour).

Il faut toutefois ajouter que si la plupart des fonctions physiologiques étaient recouvrées, un certain degré de strabisme persistait encore.

Quoique le malade eut été prévenu qu'une récidive était possible et qu'il aurait tort de ne pas faire examiner son urine chaque mois, et d'abandonner tout traitement relatif à la syphilis et au diabète, il tint peu de compte de ces recommandations. Aussi, au mois de décembre de la même année, c'est-à-dire six mois plus tard, était-il de nouveau repris de faiblesse, de vertiges, de battements dans la tête, et de la déviation externe de l'œil; l'urine renfermait, à cette époque, 13 grammes de sucre par litre.

En présence de ce résultat donné par l'analyse de l'urine, le malade qui avait toujours été rebelle à l'idée de se croire syphilitique, n'eut recours pendant quelques semaines qu'aux prescriptions ordinaires formulées en cas de diabète; il y eut tout d'abord un amendement des accidents, mais survint une période dans laquelle aucun progrès ne se fit. C'est alors que le traitement anti-syphilitique fut repris et donna les mêmes résultats que lors de la première administration.

Pouvait-on dès lors tirer quelque conclusion de cette thérapeutique d'après la façon dont, à deux reprises, elle avait été appliquée? Oui, assurément, car elle avait démontré que l'une des médications, à l'exclusion de l'autre, était impuissante à abolir toute manifestation morbide, mais de plus elle avait prouvé que chacune d'elles était effective, ce qui permettait d'en déduire que, tout en étant associées, les manifestations morbides relevaient d'une double origine, la syphilis et la glycosurie.

Après quelques mois d'une amélioration que l'on pouvait espérer définitive, une deuxième récidive, assez bénigne il est vrai, survint C'est alors que nous engageâmes notre malade à prendre une consultation du docteur Besnier, désireux de connaître son opinion sur ces accidents complexes et sur la conduite thérapeutique à observer à l'avenir.

L'éminent médecin de l'hôpital St. Louis porta le diagnostic d'arthritisme, de glycémie et de spécificité, et donna le conseil de reprende le double traitement sous la forme suivante: D'une part, carbonate de lithine, liqueur de Fowler, régime sévère anti-diabétique, et d'autre part iodure de potassium et frictions mercurielles alternativement pendant une dizaine de jours: Pointes de feu à la nuque; repos intellectuel pendant plusieurs mois.

Depuis deux années le malade s'est soumis à l'observation rigoureuse de ces préceptes thérapeutiques, en prenant soin d'en interrompre de temps en temps l'application. Quelques nouvelles rechutes se sont montrées en 1892 et dans les premiers mois de 1893, mais chacune d'elles en affectant un caractère de moindre gravité. Une dizaine de mois viennent de s'écouler sans aucun assaut; la santé générale est bonne et des premiers accidents il ne reste, à l'heure actuelle, qu'un très léger degré de strabisme qui ne frappe réellement le regard que dans certains mouvements simultanés des globes oculaires.

En résumé, de l'exposé rapide des symptômes morbides, que je viens d'énumérer, il semble bien ressortir qu'une hybridité pathologique peut être invoquée chez le malade, qu'il y a eu coexistence de syphilis et de diabète et influence réciproque des deux affections dans leurs manifestations.

Malgré de nombreuses présomptions favorables à cette manière de voir, malgré les résultats qu'a donnés la thérapeutique, il est intéressant de rechercher non pas les preuves de la glycosurie, preuves incontestables, mais les preuves de l'existence de la syphilis et de discuter si cette dernière, en supposant qu'elle soit démontrée, présente quelques rapports de cause à effet avec le diabète ou bien s'il y a eu indépendance d'origine sinon de manifestation des deux maladies.

Il est inutile de rappeler combien sont fréquentes, dans la syphilis cérébrale, les paralysies motrices de l'œil, et parmi ces dernières l'on sait que la paralysie de la troisième paire est l'une de celles que l'on observe le plus souvent. Qu'elle soit complète ou qu'elle n'intéresse que l'une de ses branches, ce qui n'est pas rare, il est généralement admis qu'elle acquiert, en pareil cas, une réelle valeur diagnostique.

Sans parler des réponses négatives du malade qui, dans l'état d'inquiétude où il se trouvait, nous déclarait sincèrement qu'il avait trop d'intérêt à ne pas dire la vérité, notre enquête est restée absolument infructueuse et force nous a été d'admettre que, si la syphilis avait été jadis contractée, elle était restée ignorée.

Cependant dans ces conditions il était permis d'élever un doute sur ce point de pathogénie, car la glycémie ne pouvait être contestée et à elle seule, peut-être, on avait le droit de rapporter les divers accidents observés. Que la céphalalgie, les vertiges, les troubles digestifs et l'affaiblissement général ressortissent de la glycosurie, le fait, à la rigueur, était admissible, mais il en était autrement pour la paralysie partielle du moteur oculaire commun; et, bien qu'on ait quelquefois signalé, parmi les accidents nerveux du diabète, certains troubles de ce genre dans l'appareil moteur du globe oculaire, on ne doit pas oublier que ce sont-là des faits tout à fait exceptionnels.

D'ailleurs contre l'hypothèse, qui ne mettait en cause que le diabète, n'avions-nous pas encore les résultats donnés par le traitement? Au début l'iodure et le mercure procurent une réelle amélioration; plus tard, à l'une des récidives, on n'a pas recours à ce traitement et l'on ne met en pratique que la médication relative au diabète. Cette dernière, seule administrée, échoue, et l'on n'obtient la disparition des accidents qu'en lui associant le traitement spécifique. Ce résultat n'est-il pas, en réalité, suffisant pour qu'il n'y ait pas lieu de contester l'existence d'un neoplasme syphilitique intra-crânien? tel a été d'ailleurs le diagnostic porté par le docteur Besnier.

Quant aux rapports existant entre la syphilis et le diabète, deux questions pouvaient être soulevées: 1° Le diabète était-il sous la dépendance de la lésion syphilitique? 2° Ou bien en était-il indépendant?

Le diabète syphilitique, dont l'existence a été mise hors de toute contestation par de nombreux travaux, s'explique tout naturellement dans certains cas, par le siège du neoplasme intra-crânien. Mais, lorsqu'il en est ainsi, on constate souvent, sous l'influence du seul traitement spécifique, la disparition des accidents, que provoque la lésion syphilitique, et la disparition du sucre que contient l'urine

C'est ce qui n'a pas eu lieu chez notre malade, puisque, à plusieurs reprises, il a été nécessaire, pour éteindre tous les phénomènes morbides, d'ajouter aux prescriptions iodurées et hydrargyriques, l'usage de la médica-

tion anti-diabétique. Il semble donc que l'on peut en tirer cette conclusion, qu'il n'existait aucun rapport de causalité entre les deux affections, ce qui, d'ailleurs, n'a pas lieu de surprendre si l'on note que différentes manifestations arthritiques avaient antérieurement été observées. Nous ferons toutefois remarquer que, malgré cette indépendance d'origine des deux affections, il y a eu, à de certains moments de leur évolution, une association des symptômes morbides qui offraient des caractères relevant de l'une et de l'autre, et, par suite, en rendaient le diagnostic plus délicat.

Doct. **E. R. Garcia** (Chihuahna):

Auto-infections en rapport avec certains accidents de la syphilis.

Pendant longtemps on a cru qu'une grande partie des affections qui se présentent chez les syphilitiques étaient toujours dues à la syphilis. Cela revenait à croire, par exemple, qu'un grand nombre des maladies dont souffrent les rhumatisants doivent reconnaître nécessairement une origine rhumatismale: ce qui est loin d'être certain. Ceux qui partageraient une semblable opinion, suivraient une voie erronée, non sans dangers pour eux-mêmes et pleine de périls pour les malades.

Il est passé le temps où en présence d'un cas de syphilis il suffisait de porter le diagnostic de la maladie. Grâce aux progrès de la pathologie interne, de nouveaux éléments sont entrés dans les données du problème pathologique.

C'est ainsi que la connaissance de l'auto-infection est venue nous rendre compte d'un certain nombre d'accidents qui se recontrent fréquemment chez les syphilitiques, accidents que la syphilis seule ne peut expliquer, que le traitement anti-syphilitique est impuissant à guérir.

En effet, supposons un malade qui porte dans la gorge de grandes plaques muqueuses ulcérées, sécrétant du pus et des matières sanieuses en décomposition. Ces produits sanieux au lieu d'être rejetés au dehors sont le plus souvent déglutis: or, qu'arrivera-t-il dans ce cas? Que le malade s'intoxiquera, qu'il se produira chez lui une série de phénomènes morbides évidemment indépendants de la syphilis qui n'a été que la cause occasionnelle. C'est précisément ce qui se passe avec certains accidents que présentent fréquemment les syphilitiques, tels que la fièvre, les sueurs, les troubles gastro-intestinaux et jusqu'à certaines lésions pharyngées: dans ce cas, il se produit une auto-intoxication, une infection secondaire, et si pour quelque cause il survient une érosion ou une ulcération des muqueuses, celle-ci peut prendre un mauvais aspect qui n'est pas dû à la syphilis elle-même, mais bien à l'absorption des produits septiques sécrétés par les autres ulcérations qui existent ailleurs. Ceci est d'autant plus certain que pour guérir ces lésions ulcéreuses, il n'est nullement nécessaire de recourir au traitement mercuriel; lequel même les aggrave, et qu'une antisepsie vigoureuse de la cavité bucco-pharyngée en amène par elle seule la disparition.

On pourrait, il est vrai, objecter que cette résistance au traitement mercuriel n'est pas une preuve certaine de la non spécificité des lésions secondaires dont nous parlons, mais on ne peut nier qu'elle constitue au

moins une forte présomption, et si nous ajoutons les raisons que nous fournissent les examens histologiques, les analyses micro-chimiques et par dessus tout la clinique, nous réunirons ainsi un faisceau de preuves de nature à justifier la nécessité de séparer chez le même malade les lésions syphilitiques de celles qui ne le sont pas.

Il n'est pas jusqu'à la syndrome caractérisée par une élévation nocturne de la température avec ou sans frissons précurseurs, et connue sous le nom de fièvre syphilitique, qui ne puisse être la cause d'une erreur de diagnostic, si l'on attribue à la syphilis les phénomènes qui peuvent reconnaître une autre cause, comme nous le dirons plus tard: l'erreur sera bien facile, si l'on n'examine pas attentivement le malade ou si l'on procède à cet examen avec une idée préconçue.

Les mêmes considérations pourraient s'appliquer aux troubles gastro-intestinaux qui reconnaissent souvent une cause identique: l'auto-infection.

Il y a longtemps que l'on connaît les phénomènes morbides déterminés par l'absorption de liquides de même nature que ceux que l'on est accoutumé de rencontrer chez les syphilitiques et si l'on peut m'objecter qu'il n'y a pas ici rétention véritable de liquides, du moins est-il certain qu'il y a, chez ces malades, écoulement dans la cavité buccale, de matières sanieuses qui sont dégluties en même temps que la salive et les aliments, et, après l'absorption de ces matières, production des phénomènes morbides dont nous avons parlé.

Par quel mécanisme se produisent ces accidents? M. Bouchard nous l'apprend d'une façon magistrale dans ses leçons sur les auto-intoxications: « L'organisme, dit il, dans l'état normal comme dans l'état pathologique, est un réceptacle et un laboratoire de poisons; les uns sont formés par l'organisme lui-même et les autres par des microbes, végétaux inférieurs, qui sont ou bien les commençaux, les habitants naturels du tube digestif, ou bien des parasites quelconques morbigènes. Ainsi l'homme est continuellement sous la menace d'un empoisonnement; il travaille à chaque instant à sa propre destruction, il fait d'incessantes tentatives de suicide par intoxication, et, cependant, cette intoxication ne se produit pas toujours. L'organisme a des moyens multiples pour y échapper; il se décharge des substances toxiques dans un récipient particulier d'où elles sortent en suite à l'extérieur. Le sang, d'autre part, soustrait aux organes les poisons à mesure qu'ils se forment.

Comme il est facile de le supposer, ce qui précède pourra se présenter dans le cas d'un organisme sain, mais chez les malades dont nous nous occupons, les choses ne peuvent se passer de même. Il est bien certain que chez un syphilitique l'état général domine toutes les fonctions et celles-ci souffrent toutes d'une certaine langueur, d'un certain trouble; le fonctionnement organique s'exécute mal, mais principalement le fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal, dans lequel ont lieu des décompositions, des putréfactions auxquelles s'ajoutent les produits septiques venus de la bouche et de la gorge pour compléter le maximum des conditions favorables à la production de l'auto-infection.

Celle-ci se révélera par les phénomènes dont nous avons parlé, fièvre, sueurs, perturbations gastro-intestinales, qui sont tous le résultat de la lutte de l'organisme pour se débarrasser de ces poisons, lutte inutile puisque,

enfin, l'action toxique finit par l'emporter. Cette défaite est due à ce que le tube intestinal chargé d'éliminer les poisons en garde une partie que le sang absorbe aussitôt, d'où la production des déjections d'une part, et les phénomènes d'intoxication, fièvre et sueurs, d'autre part.

Ainsi donc, la fièvre chez les syphilitiques n'est pas l'expression constante de l'infection spécifique; elle reconnaît, je crois, dans beaucoup de cas, une origine septique; les sueurs sont le résultat de la lutte des cellules pour se débarrasser des produits septiques et les troubles gastro-intestinaux reconnaissent la même cause.

En outre, des accidents encore plus graves peuvent nous expliquer le mécanisme des infections que je décris: je veux parler des troubles de l'appareil rénal, l'éliminateur par excellence des poisons venus du dehors, comme de ceux qui naissent dans l'organisme.

L'intégrité parfaite du filtre rénal, comme on l'appelle, est une condition essentielle de son bon fonctionnement, et, si pour une cause quelconque, cette intégrité devient incomplète, l'organisme souffrira: de nombreux cas de mort subite en sont la preuve certaine.

Rayer, le premier, plus tard Lancereaux, Cornil et bien d'autres ont démontré l'existence de lésions rénales chez les syphilitiques. Ces auteurs ont rencontré, dans la période secondaire, la néphrite parenchymateuse ou épithéliale, le véritable mal de Bright syphilitique, la néphrite interstitielle, en foyer, la dégénérescence amyloïde et, enfin, quoique rarement, dans la période nommée communément secondo-tertiaire, la gomme.

Toutes ces lésions empêchent naturellement le fonctionnement des reins, favorisent l'accumulation des produits pathogènes dans l'organisme, et produisent son intoxication, indépendemment du virus spécifique.

A première vue toutes ces questions ne paraissent pas mériter toute l'importance que nous leur donnons; cependant en réfléchissant un peu on verra qu'il est absolument indispensable de connaître à fond la pathogénie des accidents dont nous avons parlé, car si tel malade doit être traité par le mercure seul, tel autre aura besoin d'une désinfection préalable des lésions qui auront donné naissance à certains accidents d'auto-intoxication.

C'est ainsi que le traitement doit souvent commencer, chez certains malades, par la guérison de lésions indépendentes de la syphilis; tels sont les accidents gastro-intestinaux qui, comme on le sait, sont une contre-indication du traitement mercuriel, car l'intégrité de la muqueuse de l'intestin est indispensable pour l'absorption des sels de mercure lorsqu'on les donne à l'intérieur.

Le rôle de certaines lésions de la bouche et du pharynx, dans la production d'accidents graves d'auto-infection, étant ainsi prouvé, le devoir du médecin est nettement tracé: guérir ces lésions avant que les accidents qui les produisent aient le temps de prendre naissance.

Mais pour diriger contr'elles un traitement efficace, le médecin doit se familiariser avec ces lésions, dont le diagnostic, pour être dans la plupart des cas facile, peut parfois aussi présenter de sérieuses difficultés.

Tous les médecins savent bien qu'une des premières manifestations de la période secondaire de la syphilis ce sont les ulcérations de la gorge, de la langue et de la bouche, mais que les plus communes sont celles des amygdales, du voile du palais et de ses piliers.

La région bucco-pharyngée tient presque exclusivement le triste privilège des plaques muqueuses. Elles sont presque inévitables dans la syphilis à cause de l'irritation constante et forcée à laquelle cette région est exposée du fait de divers agents tels que le tabac, l'alcool, etc., et, par dessus tout, les aliments qui agissent soit par leur composition, soit par leur action mécanique. Les plaques muqueuses ainsi produites jouent un grand rôle dans le diagnostic actuel et rétrospectif comme dans le traitement général de la syphilis.

Beaucoup de syphilitiques, dit M. Jullien, peuvent échapper à la syphilis grave et aux accidents tertiaires; mais on peut assurer qu'il n'y en a pas un seul qui échappe aux plaques muqueuses; pour beaucoup la syphilis pourrait se résumer ainsi: chancre, roséole fugitive, et, à leur suite, plaques muqueuses, récidives de plaques muqueuses et toujours des plaques muqueuses.

Il est très nécessaire de différencier avec le plus grand soin ces ulcérations véritablement syphilitiques de celles qui ne le sont pas et que, malheureusement, on prend souvent pour telles, au grand préjudice du malade. Nous devons donc distinguer les ulcérations que nous pourrions bien appeler pures (spécifiques) de celles qui sont produites par des infections secondaires non syphilitiques, et dues soit à des accumulations de microbes, soit à des irritations diverses, soit enfin à l'action spéciale du mercure qui est la plus fréquente.

Les ulcérations proprement syphilitiques, les syphilides humides, appelées aussi plaques opalines, ont des caractères si marqués que dans la majorité des cas il est facile, avec un peu de soin, de les reconnaître. En effet, leur aspect est caractéristique, et quoiqu'elles varient un peu suivant le lieu qu'elles occupent, elles offrent cependant des caractères qui leur sont communs à toutes, ainsi, par exemple, l'angine syphilitique est caractérisée par une coloration très particulière, rouge-framboise, mais qui n'est pas, comme le dit très bien Gueneau de Mussy, le rouge vif de la scarlatine, ni le rouge doré de l'érysipèle, ni le rouge des fumeurs; mais un rouge-carmin qui d'abord attire l'attention par son originalité. Lorsque l'ulcération amygdalienne se produit-elle affecte la forme arrondie à l'emporte-pièce. Dans la région staphylo-amygdalienne, qui est le lieu de prédilection des plaques muqueuses, elles seraient représentées à leur début par un épaississement circonscrit de l'épithélium, une espèce de dépoli, une simple érosion; mais il est rare de les observer à cette période, parce que, généralement, les malades ne réclament nos soins que plus tard, quand la lésion est beaucoup plus avancée, quand la vraie ulcération est déjà constituée.

Elle se présente alors à nous avec les caractères suivants: elles sont ovalaires et non taillées à pic, comme on le croit communément; la forme allongée et irrégulière qu'elles présentent à première vue est due à leur plissement suivant le bord palatin. Leur fond est sale, recouvert d'une escarre blanche que l'on ne peut détacher même par le lavage, c'est plus tôt un exsudat diphtéroïde; la douleur est peu marquée ou nulle et le malade accuse tout au plus sensation de picotement ou de gêne pendant la déglutition. Si l'ulcération est plus vaste et plus profonde, sa couleur est jaunâtre et son aspect pultacé, ses bords épais; alors la douleur existe

in situ et à distance, se propageant aux oreilles, et même il n'est pas rare de trouver les ganglions submaxilaires hypertrophiés.

Quant aux ulcérations des lèvres, des gencives et des joues, elles sont le plus souvent opalines et dès le début se compliquent d'exsudats diphtéroïdes. Si on n'arrête pas ces lésions dans leur marche, les désordres qu'elles produisent sont considérables, elles deviennent exubérantes et simulent de véritables végétations.

Les ulcérations de la gorge ou de la bouche, que l'on confond le plus souvent avec les ulcérations spécifiques, sont les ulcérations mercurielles; il y en a cependant quelques autres qui, produites par divers agents, ressemblent à ces dernières; telles sont les ulcérations des lèvres et des joues des souffleurs de verre, la plaque linguale simple, le psoriasis lingual dartreux, les plaques des fumeurs, la stomatite ulcéro-membraneuse, enfin le chancre syphilitique lui-même. Mais de toutes ces lésions, les premières sont bien rares, l'avant-dernière a l'hypertrophie ganglionnaire qui l'accompagne constamment et la caractérise. Ainsi ne décrirai-je que les ulcérations mercurielles qui, à mon avis, sont les plus fréquentes, les plus graves et les plus difficiles à diagnostiquer, et comme preuve de la difficulté considérable du diagnostic en pareil cas, je citerai textuellement le fait suivant emprunté à la clinique médicale de Bennet: « Pour moi, dit-il, j'en suis convaincu, les sujets, dont l'organisme est imprégné de mercure, sont fréquemment affectés d'ulcères que l'on prend tous les jours pour des ulcères syphilitiques. Le cas suivant, dont j'ai été témoin, il y a quelques années, est un des premiers, qui ont appelé mon attention sur ce sujet. Une petite fille, âgée de 7 ans, venait d'entrer à l'hôpital chirurgical. Elle avait, sur la partie moyenne du tibia, un ulcère arrondi ayant tous les caractères de l'ulcère vénérien, décrit par Hunter. D'après les renseignements recueillis, il paraît que l'enfant avait souffert de dérangements intestinaux, et la mère avait jugé bon d'aller chez un droguiste demander des poudres purgatives. On lui remit 12 paquets d'une poudre blanche très fine; elle en donnait un le matin et un le soir; au bout de quatre jours survint une salivation abondante; cependant, on n'en continua pas moins de donner les poudres restantes, ce qui produisit un état cachectique. Sur ces entrefaites, l'enfant reçut un coup violent sur la jambe, et c'est à la suite de cet accident que se produisit l'ulcère mentionné. Jamais il n'y avait eu de trace de syphilis dans la famille et tous les parents étaient en parfaite santé. Le professeur de clinique, le regretté Syme, déclara publiquement que si cette enfant avait eu dix-sept ans au lieu de sept, trompé par les apparences il aurait cru à un ulcère syphilitique ».

Comme on le voit, des professeurs aussi éminents que le clinicien anglais cité par Bennet, peuvent se trouver perplexes et rester embarrassés pour le diagnostic d'une ulcération d'origine mercurielle, et ceci sur la peau où elles sont extrêmement rares. On prévoit facilement ce qui arrivera quand ces dernières se présenteront dans des lieux de prédilection communs aux deux variétés: spécifiques et mercurielles.

C'est pourquoi nous signalerons les caractères cliniques que nous avons pu observer et qui sont de nature à permettre la distinction de ces deux variétés d'ulcérations dans la majorité des cas. Ces ulcérations mercurielles commencent généralement par un trouble pour ainsi dire diffus de l'épithélium, rapi-

dement il se forme une couche gris-sale, mal circonscrite, très ressemblante à de la graisse ordinaire, mais qui peut se détacher par un lavage antiseptique approprié. On note un gonflement considérable de la muqueuse gingivale et pharyngée, de couleur livide et saignant facilement. Il y a de la douleur en serrant les dents ou pendant la déglutition, enfin, sous l'influence du traitement, tous les symptômes s'aggravent tandis que les lésions vraiment spécifiques sont toujours modifiées favorablement par le même traitement.

L'examen microscopique pourrait probablement fournir quelques éléments de diagnostic. Ainsi, dans l'ulcération syphilitique on trouverait dans les points où manque la couche pultacée en outre des petites cellules qui forment la base de toute ulcération (leucocytes), les cellules plus grandes caractéristiques des processus syphilitiques et peut-être dans ces cellules les bacilles de Lustgarten.

En revanche, dans les ulcérations mercurielles, outre que l'exsudat n'est pas aussi abondant, on ne trouverait seulement que les petites cellules dont j'ai fait mention.

En grattant une ulcération syphilitique il pourrait se faire qu'on découvre quelques cellules contenant le bacille de Lustgarten, mais comme ces cellules occupent habituellement des couches relativement profondes, on ne peut les découvrir à chaque examen. Il ne serait pas impossible de trouver le bacille au milieu des granulations de pus.

Nous devons à la bienveillance et au talent de notre distingué collègue M. Toussaint, un moyen de diagnostic chimique qui lui appartient, très utile pour reconnaître les ulcérations mercurielles: il consiste à recueillir la salive qui découle en abondance des ulcérations et à la soumettre aux réactions du mercure; on découvre dans cette salive du mercure en excès. Nous l'avons démontré plusieurs fois.

Tels sont les moyens que la science offre au praticien pour reconnaître, et par suite traiter quelques lésions d'importance, en apparence secondaire, mais d'où naissent par le mécanisme de l'auto-infection un certain nombre d'accidents d'une gravité considérable.

Doct. **F. Verchère** (Paris):

Syphilis sans chancre — Syphilis d'emblée — Imprégnation syphilitique.

C'est par des observations à l'abri de toute espèce de doute, et par des faits indiscutables que l'on peut défendre l'opinion de la syphilis d'emblée que les syphiligraphes, presque à l'unanimité, ne veulent pas admettre. Ce sont des faits semblables que je viens présenter. Les malades ont été vus avant, pendant et après leur syphilis. De part et d'autre, chez le contaminant comme chez la contaminée, j'ai eu l'occasion de surveiller constamment les malades.

Aucun des sujets ayant amené la syphilis d'emblée chez la femme n'ont, au moment de la contagion, présenté le moindre accident. Les femmes ont eu, l'une comme premier accident, une roséole papuleuse secondaire, la seconde une syphilis tertiaire, moto-oculaire commun paralysé, etc.; la troisième des pustules d'echtyma aux jambes etc.

Ces faits expliquent les syphilis latentes, et permettent de penser à l'imprégnation directe de la syphilis sans chancre. Il y aurait une véritable série allant depuis le chancre géant jusqu'au chancre nain en passant par le chancre parcheminé, foliacé etc., série qui tend vers zéro et ce zéro on le trouve dans les faits que j'ai présentés.

Discussione

Padula (Roma): Nei casi di Verchère, crede che la sifilide abbia potuto avere la sua porta d'ingresso in un'ulcera della lingua, delle tonsille, o di altro punto della bocca, rimasto inosservato.

Verchère assicura che non ha trovato nulla di simile, e del resto, un'ulcera della bocca o del faringe assai difficilmente passerebbe inosservata, a causa delle tumefazioni glandolari locali, sempre assai contemplabili.

Doct. **Zinaïda Elzina** (Saint-Pétersbourg):

La prostitution à la foire de Nijni-Nowgorod.

Le nombre des prostituées à la plus grande foire de la Russie, celle de Nijni-Nowgorod, s'élève jusqu'à 950 et plus. Le département de Médecine à Saint-Pétersbourg y avait organisé la surveillance sanitaire renforcée. Il existe deux stations (bureaux) principales dans le domaine de la foire: 1° celui de Kounavine (filles de maisons), 2° celui de Samokate (filles isolées), et 3° la station supplémentaire de Nijni-Bazar. Outre les prostituées enregistrées, on rencontre une masse de prostituées clandestines. La mesure de l'enregistrement consiste dans l'inscription des femmes se livrant à la prostitution, sur un registre particulier. Chacune reçoit sa carte de visite, où se trouve sa photographie, son nom et son numéro. Toutes les prostituées, sans exception, sont visitées deux fois par semaine, non pas à leurs domiciles, mais à la station.

L'examen corporel est tout ce qu'il y a de plus complet, parce qu'elles sont visitées des pieds à la tête (la bouche, les organes gènitaux et chaque fois toute la surface du corps).

Proportion des maladies vénériennes: chancres mous 2 à 5 pour cent; blennorrhagie 7 à 16 pour cent. Syphilis (période condylom.) 7 à 15 pour cent.

Conclusions

1. Toute créature humaine (ayant une vie normale sous tous les rapports) a un droit absolu à sa liberté. (Ex.: toute personne se livrant au travail physique ou intellectuel).

2. Un être qui s'éloigne de la vie normale et commence à nuire (avec ou sans intention) à la santé de son prochain, doit être soumis à la surveillance de la partie plus raisonnable de la société, qui est obligée de veiller sur lui comme sur un être faible et privé de raison. (Ex.: les prostituées et leurs visiteurs malades).

3. Comme suite des deux thèses précédentes: la nécessité d'organiser la surveillance sanitaire des prostituées (et de leurs visiteurs), ayant en vue, d'un côté leur santé commune, et de l'autre la préservation de la société contre la contagion de la syphilis. (Ex.: contagion des membres des familles tout à fait innocents, etc.).

4. L'abolition de la surveillance sanitaire (c'est-à-dire le traitement devenu non obligatoire et la santé des prostituées abandonnée à leurs propres soins) ne menerait qu'à la propagation de la syphilis parmi la population.

Si ces thèses principales sont admises, voici les thèses supplémentaires:

a) Les visites sanitaires des prostituées doivent être confiées exclusivement aux médecins syphililogues, et plutôt aux femmes-médecins, si c'est possible.

b) Il faut exiger que les médecins aient en vue non seulement la quantité des visites sanitaires, mais principalement leur qualité, c'est-à-dire la technique dont il a été question.

c) Il est à désirer d'éviter autant que possible l'intervention de la police et, si on le peut, s'en passer complètement.

d) Pour que le système de surveillance atteigne son but, il est à désirer que les visiteurs n'oublient pas de réclamer les cartes de visites des prostituées, pour s'assurer d'après leurs timbres de l'état de leur santé.

Prof. **J. Neumann** (Wien):

Behandlung der Syphilis.

Wann soll mit der Behandlung der Syphilis begonnen werden?

Durch Erfahrung und klinische Beobachtung sind wir heutzutage mehr als dies vor Decennien der Fall war zu einem activen Verhalten hingedrängt. Wir müssen uns daher die Frage vorlegen: Welches Verfahren erscheint als das geeignetste zur Bekämpfung der Syphilis oder vielmehr welche Therapie haben wir während der verschiedenen Stadien der syphilitischen Erkrankung einzuschlagen? Denn wenn einerseits die antisyphilitischen Mittel, namentlich das Quecksilber und seine Präparate, das Jod auf die Producte der einzelnen Krankheitsperioden in verschiedener Weise einwirken, führt uns andererseits schon ein flüchtiger Ueberblick des Krankheitsverlaufes darauf hin dass die so mannigfachen syphilitischen Symptome auch eine ihrer klinischen und nosologischen Eigenart, ihrer Localisation und functionellen Bedeutung angepasste Behandlung erheischen.

Eines müssen wir hiebei stets vor Augen halten: die Syphilis ist eine chronische Erkrankung des Gesammtorganismus, ausgezeichnet durch ihren exquisit intermittirenden Verlauf. Die syphilitischen Erkrankungsformen treten in einer gewissen typischen Reihenfolge auf; doch ist die Reihe keine ununterbrochene, vielmehr liegen zwischen den einzelnen Gliedern derselben kürzere oder längere symptomfreie Perioden, wahre Latenzperioden des Leidens, dessen Vorhandensein sich durch die spätere Recidive, aber auch dadurch manifestiert, dass die Syphilis selbst anscheinend geheilter Individuen dennoch im Wege der Vererbung auf deren Nachkommenschaft übergehen kann.

Und doch ist die Syphilis eine heilbare Krankheit, nimmt in einigen seltenen Fällen spontan einen günstigen, gewissermassen abortiven Verlauf, theils sind wir auch im Stande, dieselbe durch geeignete therapeutische Massnahmen nicht allzu selten dauernd zu unterdrücken. Nur vermögen wir nicht die vollständige Heilung von einer symptomfreien Phase mit Sicherheit zu unterscheiden.

Das Ziel unseres therapeutischen Eingreifens muss daher in jedem einzelnen Falle darin bestehen, nicht nur die jeweilige Localaffection, das betreffende Momentbild des Leidens zu unterdrücken, sondern auch die Krankheit selbst radical zu beseitigen. Diese beiden Bestrebungen sind miteinander wohl vereinbar: stellen doch die Einzelmanifestationen des syphilitischen Krankheitsprocesses zum mindestens im Frühstadium der Erkrankung (der sogenannten primären und secundären Periode) nicht nur Localisationen, sondern auch wahre Proliferationsherde des syphilitischen Virus dar oder lassen sich auf solche zurückführen.

Indem wir uns von diesen theoretischen Erwägungen leiten lassen, finden wir einen Werthmesser unserer Massnahmen auch in den praktischen Erfahrungen betreffs der Erfolge der einzelnen Behandlungsmethoden.

Dies vorausgeschickt, wollen wir uns unserem eigentlichen Thema zuwenden, und uns zunächst fragen: Wann haben wir mit der Behandlung der Syphilis zu beginnen?

Sobald als möglich sagt der logische Calcul. Da das syphilitische Virus, die Fälle von hereditärer Syphilis ausgenommen, an irgend einer Stelle der Körperoberfläche in den Organismus eindringt, wird es zunächst angezeigt erscheinen, durch Zerstörung oder Ausschaltung dieser Einbruchstelle auch das Virus im Körper zu zerstören oder aus demselben zu entfernen, und dies bald möglichst nach der Infection. Allerdings erfordert das Virus zur Erzeugung des typischen syphilitischen Initialaffectes eine gewisse Zeit und so ist man vor Ablauf von zwei Wochen nur selten in der Lage, eine Infection mit Syphilis überhaupt zu constatiren, es müsste dann eine Confrontation der inficierenden mit der inficierten Person diesbezüglich einen bestimmten Anhaltspunkt geben. Die Aussicht, durch eine geringfügige Operation dem Kranken eine langwierige schwere, vielleicht lebenslängliche Krankheit zu ersparen, lässt jedoch eine solche Operation jedenfalls gerechtfertigt erscheinen und so wird man Einrisse, Excoriationen oder sonstwie verdächtige Läsionen, welche kurze Zeit nach einer Gelegenheit zur Infection bemerkt werden, auf die Gefahr hin, einen unnöthigen Eingriff vorzunehmen, immerhin ausglühen oder mit irgend einem Causticum verätzen können.

Die frühzeitige Cauterisation venerischer Localaffectionen ist schon seit Langem bekannt und geübt. Schon Vigo empfiehlt dieselbe mit den Worten: « Imprimis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas sine aliqua temporis intermissione protinus medicamine acuto malignitas earum interficienda aut delenda, ut ex inde earumde malitia per totum corpus non extendatur. »

Man sollte glauben, dass die frühzeitige Zerstörung des syphilitischen Virus an seiner Einbruchsstelle geeignet sei, der Entwicklung der Allgemeinsyphilis vorzubeugen. Leider ist das Verfahren, wenn auch frühzeitig geübt, durchaus kein sicheres, wie dies unter anderen aus den Experimenten Sig-

mund's [1]) hervorgeht, der bei 35 vorher gesunden Personen unmittelbar nach der Impfung mit syphilitischem Virus die Impfstelle verätzte, jedoch trotzdem in 10 dieser Fälle die Syphilis zum Ausbruche kommen sah, während von 22 nicht geätzten Parallelfällen allerdings 11 an Syphilis erkrankten. Aehnlich lauten die Berichte zahlreicher anderer Autoren. So ätzte Berkley Hill 12 Stunden nach geschehener Infection ohne Erfolg.

Ausserdem kommt man nur selten in die Lage, das in den Körper eingedrungene syphilitische Gift bei Zeiten in loco infectionis zu zerstören, da sich der Kranke gewöhnlich erst mit der deutlich entwickelten Localaffection dem Arzte vorstellt. Der Nutzen einer localen Cauterisation in diesem Stadium muss nach dem Gesagten von vornherein als ein problematischer erscheinen, zumal wenn sich an der betreffenden Stelle bereits eine deutliche derbe Infiltration ausgebildet hat. Ist ja der syphilitische Initialaffect bereits als Theilsymptom der vollendeten Allgemeinerkrankung zu betrachten! Fand ja Fournier bei den Sectionen dreier Personen, welche am 6-9 Tage nach der Infection mit Syphilis intercurrenten Krankheiten erlegen waren, die Drüsen und zwar nicht nur jene der Fossa inguinalis, sondern auch jene der Fossa iliaca, ja selbst des Beckens in charakteristischer Weise geschwellt infiltrirt, und ist somit bereits um diese Zeit die Aussicht auf radicale Vernichtung des Virus durch locale Cauterisation gleich Null. Es findet dennoch diese Methode zur Zeit des ausgebildeten syphilitischen Primäraffectes keine oder doch nur höchst beschränkte Anwendung.

Ein anderes Verfahren, das dahin gerichtet ist, das syphilitische Gift vor seinem Uebergang in die allgemeine Säftemasse durch mechanische Entfernung des Infectionsherdes unschädlich zu machen, ist die Excision der Sclerose. Auch diese Operation steht schon seit geraumer Zeit in Deutschland, Frankreich, England in ausgedehnter Anwendung. Schon von F. Hunter (nebst der Cauterisation) empfohlen, von L. Petit und dessen Lehrer Corbis mehrfach geübt, wurde dieselbe noch in den letzten Decennien namentlich in den 60er und 70er Jahren allenthalben experimentell versucht und von manchen Seiten warm befürwortet. Selbst Sigmund [2]) empfahl sie (für die ersten drei Tage nach der Infection) trotz der obenerwähnten mehr als zweifelhaften Resultate, sprach sich jedoch einige Jahre später [3]) schon in skeptischer Weise über den Werth der Operation aus, nachdem er sich durch mehrfache Experimente überzeugt hatte, dass die Excision des Primäraffectes selbst in der obigen Frist vorgenommen, sich auf den weiteren Verlauf der Krankheit ohne jedweden Einfluss erwies. Auch Humphrey und Langenbeck sprechen sich für die Methode aus; Hunter [4]) billigte sie vor dem Auftreten der Drüsenschwellung, P. Vogt [5]) verlangt die gleichzeitige Entfernung der geschwellten Lymphdrüsen, welche er als Depots der etappenweise fortschreitenden Syphilis betrachtet. Letzterer (W. B. Unitarier!) will 20 (!) Sclerosen mit Erfolg excidiert haben. Besonders in Schwung kam die Excision der Sclerose, nachdem 1877 Anspitz [6])

[1]) Wiener Med. Wochenschrift 1867, n. 43, 44, 64.
[2]) l. c.
[3]) Wien. med. Wochenschr. 1871.
[4]) Berlin. klin. Wochenschr. 1867.
[5]) Idem 1871.
[6]) Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph. 1877.

und Unna auf Grund ihrer Versuche warm für dieselbe eingetreten waren. Es folgte eine Fluth von Publicationen in denen zahlreiche Autoren über die zum Theil günstigen Erfolge ihrer Versuche berichteten so unter Anderen Folmea [1]), Chadzynsky [2]), Jullien [3]), Kölliker [4]), Schiff [5]), Oesmanson [6]), Krowyczinski [7]), Ravogli [8]), Lassar [9]), Sacharowitsch [10]), während Andere trotz meistentheils negativer Resultate sich dennoch in der Theorie mit der Operation einverstanden erklärten; so z. B. de Savigny [11]), der zwei Sclerosen, die eine 48 Stunden, die andere 7 Tage nach der Infection mit negativem Erfolge exstirpiert hatte. Von vielen Seiten wurde die Forderung nach gleichzeitiger Exstirpation der Lymphdrüsen ausgesprochen, so namentlich von Bumm [12]), der durch Impfung mit dem milchigen Gewebssafte indurierter Lymphdrüsen die Syphilis mit Erfolg überimpfte und somit die Anwesenheit des syphilitischen Virus in den erkrankten Drüsen auf das Schlagendste bewies. Von mehreren Seiten so z. B. von Jullien wurde betont, dass die Syphilis nach Exstirpation der Sclerose, wenn auch nicht gänzlich verhindert, so doch wesentlich gemildert werde.

Fand nun die Operation, wie wir sehen, auf der einen Seite warme Anhänger, so traf sie dagegen auf der anderen auf ebenso entschiedene Gegner. Am entschiedensten hat sich in dieser Richtung wohl Ricord ausgesprochen. Er sagt: « Dès que l'induration s'est produite, la vérole est acquise, et dès lors que vous cautérisez ou que vous excisez le chancre, vous ne faites plus que détruire un symptôme sans prévenir la diathèse. »

Auch Thiry [13]), Celleyer, Lewin [14]), Wilks [15]), Gaspary [16]) sprachen sich auf Grund ihrer Erfahrungen in ähnlichem Sinn aus; ebenso Fournier [17]), Mauriac [18]), Zeissl, Spielmann [19]), Angerer [20]), Tomaschewsky und Tarnowsky, welche Letztgenannten unter Anderen in 50 Fällen excidierten, jedesmal ohne Erfolg.

Diese Differenz der Meinungen besteht noch derzeit fort. Immerhin ist während des letzten Decenniums eine Verständigung angebahnt worden. Während die Anhänger des Verfahrens, so Sick [21]), Unna [22]), Neisser [23]), Köbner [24]), Edlers [25]), Jullien [26]), Janovsky [27]), Doutrelepont [28]), ihre Anerkennung in mehr bedingungsweiser Form geben, und zum Mindesten das

[1]) Il Morgagni 1879.
[2]) Ann. de Dermatologie 1879.
[3]) Londoner Congress 1881.
[4]) Centralbl. f. Chir. 1878.
[5]) Vjschr. f. Derm. u. Syph. 1883.
[6]) Nord. med. Ark. 1883 — Vjschr. f. D. u. S. 1884.
[7]) Vjschr. f. D. u. S. 1891.
[8]) The Cincinnati Lancet and Clinik 1883.
[9]) Deutsche med. Wchschr. 1883, 1889.
[10]) Vjschr. f. Derm. u. Syph. 1882.
[11]) Univ. méd. 1881.
[12]) Vjschr. f. D. u. S. 1882.
[13]) Press. méd. belge 1870.
[14]) Berl. Kl. Wchschr. 1873.
[15]) Lancet 1866.
[16]) Vjschr. f. D. u. S. 1876.
[17]) Idem 1884.
[18]) Ann. de Derm. et Syph. 1881.
[19]) Idem 1882.
[20]) Berl. Kl. Wchschr. 1882.
[21-23]) Kopenhagner Congress, — Ann. de Syph. et Derm. 1884.
[24-28]) Berliner internat. Congress, 1890.

Fehlen der Drüsenschwellung als Bedingung eines günstigen Erfolges bezeichnen, theilweise wie Neisser[1]) die Sclerose wegen der localen Belästigung und der erhöhten Infectionsgefahr beseitigen oder auch weil dieselbe ein grösseres Reservoir für das syphilitische Virus bilde, erklären nun mehr selbst enragierte offene theoretische Gegner der Operation, dieselbe trotzdem in der Praxis nicht selten zu üben. So Leloir[2]), Watraszewsky[3]), Rosenthal[4]). Einer Täuschung bezüglich der vorbeugenden Wirkung der Exstirpation geben sich die Gegner derselben jedenfalls nicht hin und zwar aus guten Gründen; fand ja Leloir[5]), der 1890 über 3 Fälle (sämmtlich mit negativem Erfolge) berichtete, in einem derselben trotz gründlicher Excision und Mitnahme einer breiten Zone anscheinend gesunder Haut bei mikroscopischer Untersuchung der Wundränder in denselben bereits in weitem Umkreis deutliche kleinzellige Infiltrate, und dies bei einem Kranken, der sich auf Anordnung Leloirs täglich auf das Genaueste untersuchte und sich sofort nach dem Erscheinen einer geringfügigen Lokalaffection (19 Tage nach der Infection) behufs Operation einfand! So wird es dann auch verständlich, dass in solchen Fällen die kaum vernarbte Wunde nicht selten aufs neue induriert und so die Operation ohne jeden practischen Erfolg bleibt. In anderen Fällen ist derselbe nur ein scheinbarer; so berichtet Angerer[6]) von einem Falle, in dem ein durch Excision der Sclerose (8 Wochen post infectionem) anscheinend geheilter Kranker in den zwei folgenden Jahren mit seiner Frau zwei hereditär syphilitische Kinder zeugte, die dann auch das eine im 6., das andere im 7. Schwangerschaftsmonate abortiert wurden.

So erscheint es dennoch nicht übertrieben, wenn eine Anzahl von Autoren, so Barthélemy, Vajda, Bergh, Martineau, Burnstead, mit Rücksicht auf die ungünstigen Erfolge der Operation, dieselbe in abfälligster Weise beurtheilt. Ich selbst habe seit 1873 eine grössere Reihe von Excisionen syphilitischer Initialaffecte vorgenommen[7]), theils mit, theils ohne Entfernung der eventuell geschwollenen Drüsen. Der Erfolg war in sämmtlichen Fällen ein negativer, obwohl die Operation möglichst frühzeitig vorgenommen, und bei derselben keine Vorsicht ausser Acht gelassen wurde.

Immer traten in der Folge die Erscheinungen der allgemeinen Syphilis auf und konnte auch weder in der temporären Aufeinanderfolge, noch in der Intensität der Erscheinungen irgend welche Abweichung vom normalen Verlaufe constatiert werden.

Woher denn nun der Unterschied in den Erfolgen der verschiedenen Autoren? Wie kommt es, dass die Einen eine verhältnissmässig stattliche Anzahl von Erfolgen aufzuweisen haben, während Andere auf die nämliche Weise gar keine oder kaum die dürftigsten Resultate erreichten? Der Umstand, dass einzelne begeisterte Anhänger der Operation der unitaristischen Richtung angehören, giebt hier einen Fingerzeig. Gehört es ja überhaupt zu den schwierigsten Aufgaben der Syphilidologie, eine Sklerose in der ersten Zeit ihres Bestehens mit Sicherheit als venerisches Geschwür oder syphilitischen Initialaffekt zu bezeichnen, und dies namentlich vor Ausbildung der begleitenden Drüsenaffektion. Bedenken wir die mannigfachen Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zwischen beiden Affektionen!

[1-6]) Berliner internat. Congress 1890.
[7]) Wiener medic. Blätter 1885, n. 20, 21, 22.

Und ist die Diagnose geführt, sind die characteristischen Lymphdrüsenschwellungen bereits ausgebildet, dann stimmen ja auch die Anhänger der Methode bezüglich der Nutzlosigkeit derselben mit den Gegnern überein.

In den Schwierigkeiten der Differentialdiagnose in der ersten drei Wochen dürfte demnach auch der Grund für die so abweichenden Resultate zu suchen sein. « Exstirpiere so früh als möglich » lautet die Losung der Anhänger der Exstirpation. Je früher dies geschieht, desto weniger sind wir in der Lage, die Diagnose mit Sicherheit auf ihre Richtigkeit zu prüfen, desto leichter sind wir diagnostischen Irrthümern ausgesetzt.

In diesem Sinne spricht sich unter Anderen auch Cornil aus, der 1866 in einer Sitzung der Académie de médecine über 454 von ihm gesammelte Fälle von Excision der Sclerose berichtet, von welchen 105 angeblich mit Erfolg begleitet gewesen seien. Auch Cornil bezweifelt die Richtigkeit der angeführten Fälle und bezeichnet die Excision der Sklerose als vollkommen unnütz, ja sogar gefährlich, wenn sie den Arzt von der rechtzeitigen Einleitung der Quecksilberbehandlung abhalte.

Wie wenig die Excision der Sclerose geeignet ist, den späteren Verlauf der Krankheit zu beeinflussen, bewirkt übrigens noch ein weiteres Moment, der Blutbefund bei in dieser Weise behandelten Kranken. Wie ich im Vereine mit Dr. Konried und Dr. F. H. Rillo durch eine Reihe methodischer und durch lange Zeit fortgesetzter Untersuchungen nachwies [1], ist schon vom 40. Krankheitstage an eine deutliche Verminderung des Haemoglobingehaltes (15-30 p. c.) zu constatieren, die in der Folge parallel mit der Steigerung der Allgemeinerscheinungen fortschreitet, um später, in dem Masse als die Syphilis regress wird, wieder abzunehmen. Trotzdem bei einem Kranken schon in der 4. Krankheitswoche die Sklerose sammt den geschwellten Inguinaldrüsen exstirpiert wurde, fand sich im weiteren Verlaufe durch die gleiche pathologische Veränderung im Blute wie bei den nicht behandelten Fällen: Beweis genug, wie wenig der Allgemeinprocess durch die Excision der Sklerose beeinflusst wird. Nichtsdestoweniger werden wir nicht eben selten in die Lage kommen, die Exstirpation einer Sklerose wünschenswerth zu finden. Dies wird allemal der Fall sein, wenn die Sklerose vermöge ihres Sitzes entstellend (Lippen) oder functionsbehindernd wirkt, oder wenn durch deren Anwesenheit erhöhte Gelegenheit zur Infection anderer Personen gegeben ist. In einem solchen Falle werden wir uns öfters zur Exstirpation der Sklerose entschliessen und dies um soeher, je leichter dieselbe zu exstirpieren ist, je kürzer ihr Bestand, und je weniger die Lymphdrüsen geschwellt sind. Die Vortheile der Operation sind unter solchen Bedingungen nicht zu unterschätzen: 1. Wird durch dieselbe an Stelle eines eiternden, vielleicht sehr entstellenden Geschwürs eine reine Wundfläche geschaffen, welche für eine Heilung günstigere Bedingungen darbietet, und in der Regel binnen wenigen Tagen per primam verheilt. 2. Wird damit zugleich ein gefährlicher Krankheitsheerd entfernt, gefährlich für Andere, aber auch für den Träger wegen der Menge des darin enthaltenen Virus nicht unbedenklich.

Die Operation ist ungemein einfach, unter Cocainanästhesie auch vollkommen schmerzlos.

[1]) Wiener kl. Wchschr. 1893, 19.

Am Praeputium etc. ist der Eingriff in wenigen Sekunden abgethan. Die Heilung erfolgt, wie gesagt, innerhalb weniger Tage per primam intentionem. Nur hie und da wieder tritt in der kaum gebildeten Narbe neuerliche Induration auf. Scerose der Eichel, des Sulcus coronarius erscheinen wegen ihres anatomischen Baues zur Exstirpation weniger geeignet.

(Köbner räth der Excision der Sclerose behufs grösserer Sicherheit die Cauterisation mit dem Paquelin hinzuzufügen: doch haben wir dies stets vermieden ohne je einen Nachtheil darauf erwachsen zu sehen).

Die ganze Operation ist, wie gesagt, eine ganz unbedeutende, die wir unter der heutigen Antisepsis (Asepsis) ohne weiters vornehmen können, ohne sie jemals als etwas Anderes als einen rein localen Eingriff zu betrachten, über dessen Folgen wir uns betreffs der Verhütung oder Milderung der späteren Krankheitssymptome keinerlei Illusionen hingeben dürfen. Trotz der bisherigen negativen Resultate der Exstirpation lässt sich dieselbe für die Praxis nicht gänzlich von der Hand weisen und mag somit in geeigneten Fällen unter Beobachtung antiseptischer Cautelen vorgenommen werden. Rationell wäre es immerhin zugleich die benachbarten Lymphdrüsen zu exstirpieren, da dieselben nachgewiesenermassen Träger des syphilitischen Virus sind; doch ist eine vollständige Entfernung derselben kaum möglich, nachdem nach Fourniers Sectionsbefunden bereits eine Woche nach dem Erscheinen des Primäraffectes tief gelegene und dem Operateur unerreichbare Drüsen mit afficirt sind.

Die mechanische Entfernung des syphilitischen Virus erscheint somit selbst kurze Zeit nach seinem Eindringen in den Körper kaum durchführbar. Sollte es nun nicht möglich sein, dasselbe auf chemisch therapeutischem Wege unschädlich zu machen, und zwar durch Anwendung der im sogenannten secundären Stadium so wirksame Quecksilberbehandlung?

Diese Methode, die sogenannte Präventivbehandlung der Syphilis, wird denn auch seit langer Zeit geübt. Auch über ihren Werth sind die Ansichten bis zum heutigen Tage getheilt. Schon von Hunter, neben der Excision der Sklerose empfohlen, fand diese Methode bis in die jüngste Zeit zahlreiche Anhänger. Ricord, Cazenave, Mauriac, Tourmer, Hutchinson, Drysdale, Michaelis, Bäumler, Neisser erklären sich für dieselbe, während sie andererseits in Bassereau, H. v. Zeissl, Sigmund, Bärensprung, Hebra, Kaposi, Leo, Diday, Doutrelepont, Sturgis, Rincker, Köbner und zahlreichen Anderen ebenso entschiedene Gegner findet. Hutchinson betrachtet das Quecksilber als directes Antidot gegen das syphilitische Virus, das durch dasselbe in seiner Lebensthätigkeit auf das energischeste gehemmt werde, wodurch die späteren Symptome der Erkrankung wesentlich gemildert, wenn nich vollständig verhindert werden.

Ricord spricht sich in seinem « Traité pratique des maladies vénériennes » in sehr entschiedener Weise für die Anwendung dieses Verfahrens aus. Drysdale[1]) 1874 noch ein Gegner derselben bekennt sich 1875 ebenfalls dazu.

Bäumler[2]) erklärt dasselbe allemal für nothwendig, « sobald eine örtliche Läsion sich unzweifelhaft als ein syphilitischer Primäraffect do-

[1]) Med. Press and Circular 1875, 3-10 März.
[2]) Ziemssen, Handbuch der chron. Infectionskrankheiten: Syphilis. Leipgig 1886.

cumentiert, » ohne die dass Lymphdrüsen bereits vergrössert erscheinen. Fournier betrachtet die Präventivbehandlung als integrierenden Bestandtheil seiner chronischen intermittirenden Syphilistherapie.

Auf dem Pariser Congress 1889 und auf dem Berliner C. 1890 bildete die Präventivbehandlung den Gegenstand eines lebhaften Meinungsaustausches. Drysdale, Schwimmer, Castello sprachen für die Frühbehandlung; Leloir, Diday, Jullien, Ducastel, Langlebert, Unna, Haslund, Rossolimo, Boeck, Doutrelepont, Wolff, Finger, Janovsky, Kaposi, Gaspary, Behrend und viele Andere erklärten sich im entgegengesetzten Sinne.

Diday brachte unter Anderen in Paris eine Tabelle, enthaltend eine vergleichende Uebersicht von 72 praeventiv, und 49 nicht praeventiv behandelten Fällen, darunter Beobachtungen in der Dauer von 10. Jahren. Er konnte in keinem Falle einen Unterschied im allgemeinen Verlaufe der Krankheit constatieren. Bloss den Ausbruch des Exanthems gelang es um durchschnittlich 6 Tage hinauszuschieben. Dafür beobachtete Diday im Durchschnitt schwerere Allgemeinerscheinungen (papulöse, pustulöse Syphilide, Placques muqueuses der Mundhöhle, intensive Kopfschmerzen). Er empfiehlt die Frühbehandlung auch nur für den Fall, als die Sklerose durch ihr Volumen oder ihren Sitz die Function des betreffenden Körpertheils stört, oder dessen Form wesentlich alteriert. Langlebert beginnt die Quecksilberbehandlung erst im Prodromalstadium; Leloir, Mauriac und die Mehrzahl der Anderen erst beim Vorhandensein secundärer Symptome. Köbner (Berliner Congress) beobachtete nur in zwei Fällen das Ausbleiben von Allgemeinsymptomen, in der Regel nur ein Hinausschieben um einige Wochen bis zu fünf Monaten. Auch auf die Schwere des Verlaufs hatte die Präventivbehandlung keinen Einfluss. Köbner nennt dieselbe daher ein Lotteriespiel, und empfiehlt sie nur bei schwer heilenden Sklerosen, oder wo Infection der Familie zu befürchten ist.

Auch ich nahm in Paris Anlass mich auf Grund eigener Erfahrung in dem nämlichen Sinne auszusprechen. Meine diesbezüglichen Versuche seither systematisch fortgesetzt, lassen mich derzeit über ein Material von über 40 Fällen verfügen. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass nach genauer Constatierung der Infection und der derzeitigen Erscheinungen mit der Präventivbehandlung in Form von Quecksilbereinreibungen begonnen wurde. Dabei wurde genau ins Auge gefasst: der Einfluss der Therapie auf den Primäraffect, auf die Entstehung der Lymphdrüsenschwellung, sowie auf die Proruption des Exanthems an Haut und Schleimhäuten.

Soviel konnte nun allerdings in allen Fällen constatiert werden, dass der Primäraffect unter Anwendung der Quecksilberkur in relativ kurzer Zeit überhäutete und regress blieb, dass die Drüsenschwellung nur geringe Dimension erreichte, oder dort, wo sie bereits vorhanden war, eine rasche Rückbildung erlitt, dass die Proruption nur kürzere oder längere Zeit (in einem Tage bis zum 150. Tage) hinausgeschoben wurde, dass endlich das Exanthem, wo es erschien, meistens sehr spärlich und blass war. Hingegen wurde der Ausbruch der Allgemeinsyphilis in keinem Falle verhindert und zeigte sich dieselbe in der Regel nicht in Form von Hautexanthemen, sondern zumeist in Form von Placques muqueuses der Schleimhäute, namentlich zwar der Mundhöhle. Was aber die Hauptsache ist, die Zahl der Recidive

trat hinter der Zahl jener, welche bei Einleitung der Behandlung im Stadium der manifesten Secundär-Symptome sich ergaben, procentuarisch in keiner Weise zurück. Namentlich aber traten tertiäre Symptome in der Folge durchaus nicht selten auf, und waren dort, wo sie sich zeugten, von besonderer Schwere. Und gerade auf das Erscheinen von Recidiven, namentlich von Tertiärerscheinungen, müssen wir das allergrösste Gewicht legen, sobald es sich um den therapeutischen Werth irgend eines antisyphilitischen Verfahrens handelt.

Nur ein Fall von definitiver Heilung der Syphilis mit nachfolgender Reinfection verdient hervorgehoben zu werden.

I. K., 27 Jahre alt, Taglöhner, befand sich von September bis November 1884 auf der Klinik für Syphilis (Zimmer Nr. 71) mit Phimose und Sklerose rechterseits im Sulcus coronarius in Behandlung. Die Sklerose war als haselnussgross, länglicher Knoten durch die Vorhaut zu fühlen. Die Leistendrüsen links haselnussgross, rechts bohnengross. Die Krankheitsdauer betrug beim Eintritte 5 Wochen, worauf derselbe 50 Präventiveinreibungen erhielt. Im Jahre 1887 wurde der Kranke mit Impetigo faciei, 1888 mit weichen Geschwüren behandelt. Am 5. Februar 1894 wird der Kranke abermals auf Zimmer 77 aufgenommen, und zeigt am rechten Vorhautrande einen halberbsengrossen, braunrothen, schuppenden Knoten, den dorsalen Lymphstrang etwas verdickt, die Afterfalten nicht verändert. Am Stamme lividroth gefärbte, dicht gedrängt stehende, linsengrosse mässigerhabene Efflorescenz, ebenso am Rücken, hier den Spaltrichtungen der Haut gemäss angeordnet. Periphere Lymphdrüsen vergrössert, Uvula, Tonsillen vergrössert. Krankheitsdauer 10 Wochen. Somit findet sich hier eine typisch ausgesprochene Reinfection nach Präventiveinreibungen nach 8 Jahren, 2 Monate nach den ersten Einreibungen.

Es zeigte sich somit, dass durch Einleitung einer Präventivbehandlung die Erscheinungen der Allgemeinsyphilis keineswegs zurückgehalten, sondern lediglich auf vorher unbestimmbare Zeit hinausgeschoben werden, dass ferner die Symptome keineswegs eine quantitative Abschwächung erfahren, wie das von mancher Seite behauptet wird. Stellen ja speciell die Papeln der Mundhöhle, die in der Folge nahezu in allen Fällen auftraten, sowohl an sich als auch rücksichtlich ihrer Bedeutung für das Spätstadium eine schwerere Form dar! Auch bedarf es in der Folge zur Beseitigung der Exantheme einer bedeutend grösseren (fast doppelten) Menge von Einreibungen, einer Menge, die der Organismus nicht lang erträgt, die trotz aller Vorsicht nicht selten zu Salivation und Stomatitis führt.

Halten wir nun diesen unseren Erfahrungen jene Vortheile gegenüber, welche der Präventivbehandlung mit Quecksilbereinreibungen von ihren Anhängern vindiciert werden. « Die Syphilis, » heisst es da, « wird durch diese Behandlung verhindert oder mindestens in ihrem Verlaufe abgeschwächt. » A priori liesse sich gegen diese Annahme vom theoretischen Standpunkte nichts einwenden, da ja, wie wir gesehen haben, die Erfahrung lehrt, dass syphilitische Primäraffecte gleichwie vergrösserte Lymphdrüsen durch die Einreibungen mächtig beeinflusst werden, indem erstere rasch zur Resorption gelangen, bei letzteren die Volumszunahme vollständig verhindert und die vergrösserten in ihrem Volumen herabgemindert werden. Da weiters selbst in Fällen, wo der Ausbruch eines Exanthems nicht verhindert wurde, immerhin die Zahl der Efflorescenzen eine verhältnissmässig minimale ist und mit dieser nach Zahl der Reproductionsherde des syphilitischen Virus vermindert wird, so liesse sich vom theoretischen Standpunkte gegen die Frühbehandlung der Syphilis wenig einwenden. Er-

fahrung und Beobachtung haben jedoch zu einer anderen Anschauung geführt; namentlich die Beobachtung, dass die leichtesten Secundärsymptome nicht selten die schwersten tertiären Formen zufolge haben, widerlegt diese theoretische Anschauung.

In Erwägung dieser Resultate, welche übrigens auch bei interner oder subcutaner Verabreichung des Quecksilbers im nämlichen Sinne ausfallen, werden wir in der Regel von einer Präventivbehandlung der Syphilis absehen. Sprechen ja überdies gegen dieselbe noch anderweitige gewichtige Bedenken! Es kann durchaus nicht gleichgiltig sein einen richtigen Ueberblick über den jeweiligen Stand des Leidens sowie über dessen zu gewärtigenden Verlauf zu gewinnen. Dieser Ueberblick wird durch die Präventivbehandlung gestört, wenn nicht unmöglich gemacht. Abgesehen von der leicht möglichen Verwechselung einer Sclerose im Anfangsstadium mit einem venerischen Geschwür oder selbst mit einer harmlosen Folliculitis (Dühring), wird das ganze Krankheitsbild durch die Behandlung total verwirrt, eine Orientierung unmöglich gemacht. Anstatt die verschiedenen Symptome zur bestimmten Zeit eintreffen zu sehen, dieselben nach ihrer Intensität und Bedeutung abwägen zu können, kämpft hier der Arzt im Dunkeln gegen einen verborgenen vielleicht gar nicht vorhandenen Gegner, der sich oft durch geraume Zeit gar nicht zeigt, um dann plötzlich mit Symptomen schwerster Art hervorzubrechen. Rechnen wir dazu die Hartnäckigkeit der consecutiven, die unveränderte Häufigkeit tertiarer Symptome (Leloir), die Nothwendigkeit, mit grösseren Quecksilberdosen zu arbeiten, die namentlich bei schwächlichen Individuen an sich keine geringe Gefährdung des Kranken darstellen, und wir werden gestehen müssen, dass die Lage des Kranken und zugleich des Arztes durch die Praeventivkur zum Mindesten keine Besserung erfährt.

Es kommt aber hinzu noch ein weiteres sehr wichtiges Moment. Bei der Syphilis so gut wie bei jeder anderen Krankheit kommt es sehr darauf an, das richtige Mittel zur richtigen Zeit und in der Weise zu verabfolgen, dass mit den gereichten Dosen die möglichste grösste Wirkung erzielt wird. Die Lues ist eben eine chronische Erkrankung. Zur Bekämpfung ihrer Symptome sind grössere Quecksilbermengen nothwendig. Wenn noch vor der Proruption bloss zur Bekämpfung der Drüsenschwellung grosse Mengen gegeben werden, etwa bis zum Ende der 10. Woche (also mindestens 40 Einreibungen), so genügt diese Dosis, um den Organismus für den weiteren Einfluss des Quecksilbers immun zu machen. Erfolgt dann später der Ausbruch der constitutionellen Lues, so stehen wir derselben machtlos gegenüber, weil das Quecksilber seine Wirksamkeit verloren hat, und hiedurch ist die Unregelmässigkeit des Verlaufes, die von so vielen Autoren betont wird, auch erklärlich. Ein diese Erläuterung illustrirender Fall, bei dem in der 4. Woche die Sclerose exstirpiert, die Behandlung mit Praeventiveinreibungen mit Zittmannschen Decoct schon um diese Zeit begonnen hatte, erkrankte trotzdem an grossmaculöser, lividrot gefärbter Hautsyphilis, an Iritis und Periostitis. Jede weitere Therapie war ganz machtlos und erst allmählich nach längerer Zeit trat eine Involution der genannten Erscheinungen ein. Wenn nichtsdestoweniger einzelne Erfahrungen, die wohl jeder Fachmann zu verzeichnen hat, (ich selbst verfüge über 5 Fälle mit recidivfreier Beobachtungsdauer bis zu 5 Jahren) einen

günstigeren Verlauf aufweisen, so ist dies für die günstige Wirkung der Praeventivbehandlung nicht beweisend, indem ja die Syphilis gelegentlich auch bei anderen Methoden oder selbst spontan günstig verläuft.

Endlich ist das Moment der psychischen Beeinflussung des Kranken nicht zu übersehen, der sich beim Ausbleiben von Recidiven als genesen betrachtet, nach Einleitung einer Praeventivcur jedoch lange Zeit in qualvoller Ungewissheit verharrt, vielleicht auch unnöthigerweise Jahre hindurch mit Quecksilberpräparate behandelt oder besser gesagt maltraitirt wird.

Praecisiren wir nochmals unseren Standpunkt in der Syphilisbehandlung während der ersten Periode:

Ist das Gift einmal in den Körper eingedrungen, so ist dessen Entfernung oder Unschädlichmachung im hohen Grade unsicher, und dies um so mehr, je längere Zeit seit der Infection verstrichen. Locale Cauterisation oder Excision der Sclerose mögen, wo es die localen Verhältnisse erlauben, immerhin angewendet werden; doch werden wir uns betreffs der Verhütung oder Abschwächung der Syphilis keinerlei übertriebenen Erwartungen hingeben.

Eine Praeventivbehandlung mit Quecksilberpraeparaten ist unnütz, ja sogar eher schädlich; sie wird auf jene Fälle beschränkt bleiben, in denen die Sclerose durch Form, Sitz, Grösse im hohen Grade lästig, functionsstörend oder infectionsgefährlich ist.

Für die Einleitung der allgemeinen Quecksilberbehandlung werden wir am Besten das Hervortreten des syphilitischen Exanthems abwarten.

Wir brauchen desshalb noch nicht die Hände in den Schoss zu legen, und uns mit Resignation in das Kommende zu ergeben, wir haben vielmehr während dieser Zeit zwei wichtige Aufgaben zu erfüllen. Vorerst die locale Behandlung der Sclerose und eventuell auch der Drüsenaffection, weiter die Vorbereitung des Kranken für die nach Hervortreten der Allgemeinerscheinungen seiner harrende Allgemeinbehandlung.

Indem wir bestrebt sind, den Kräftezustand des Kranken durch ein geeignetes Allgemein-Regime zu heben, und zugleich durch eine sorgfältige Haut- und Mundpflege die künftige Aufnahme von Quecksilber zu erleichtern, und etwaigen spärlichen Nebenwirkungen der Kur vorzubeugen, haben wir unsere dermalige Aufgabe erfüllt und können mit Beruhigung den herannahenden Allgemeinsymptomen entgegensehen.

Doct. **P. Raugé** (Challe — Savoie):

La nomenclature des lichens.

Il est des termes malheureux qui ne semblent être créés que pour empêcher de s'entendre et pour mettre le trouble dans les nomenclatures. Le mot *lichen* est une de ces locutions désastreuses. Dans toute la langue dermatologique, la plus riche en vocables mal faits, en synonymes encombrants, en classifications discordantes, aucun mot ne fut plus funeste à la simplicité des choses, aucun n'a plus tristement contribué à cette confusion du langage, qui fait, en ce moment, sombrer la pathologie cutanée dans une vague énumération alphabétique, la seule qui, dans le désordre où nous sommes, reste encore possible à comprendre.

Si j'ai choisi comme objet de cette étude le plus vague et le plus contesté des groupes dermatologiques, ce n'est pas pour le vain plaisir de poursuivre à travers les âges les vicissitudes d'un mot; c'est pour montrer, par un exemple, ce que devient la nosologie cutanée depuis que Hebra a entrepris de l'épurer et de la refaire. L'histoire du lichen et de ses variations est, à ce point de vue, tout à fait instructive; elle se répète, depuis quarante ans, d'un bout à l'autre de la dermatologie: c'est l'histoire du prurigo, de plus en plus réduit au prurigo d'Hebra; c'est celle du pityriasis, envahi par le pityriasis rubra, comme le genre lichen l'a été par le lichen ruber; c'est, en un mot, la destinée commune des vieilles affections génériques, dont les titres ont été, les uns après les autres, ou biffés sans façon par le maître ou confisqués par lui au profit d'une maladie de son choix.

Il serait malaisé de dire quel fut l'auteur mal inspiré qui, le premier, s'avisa de comparer l'aspect, je dis l'aspect, non la nature, de certaines maladies de la peau à des végétations parasitaires. Mais depuis que le mot *lichen*, pour exprimer cette figure, a émigré des traités de botanique dans ceux de dermatologie, cette déplorable métaphore n'a servi qu'à obscurcir les idées, à couvrir les erreurs de diagnostic et à animer les discussions des Congrès. Ce vieux mot pittoresque et vague, un des plus vieux et des plus vagues de l'ancienne pathologie cutanée, a passé malheureusement dans la langue moderne; il y a passé avec une signification radicalement différente de celle qu'il avait autrefois; si bien qu'au triste privilège de n'avoir exprimé jamais rien de précis, il ajoute à présent cette particularité plus fâcheuse d'avoir successivement désigné les choses les plus dissemblables.

Lorsque l'école de Vienne entreprit en nosographie la révolution doctrinale qu'on est convenu d'admirer, le vieux lichen fut une de ses premières victimes. Jugeant que ce groupe incertain n'était qu'un informe assemblage d'espèces suspectes et sans lien, elle décréta sa dissolution et dispersa « par un coup de force » (Besnier) les affections hétérogènes qui s'y trouvaient arbitrairement rassemblées. Mais conservant ce cadre vide et le nom qui le désignait, elle eut le tort inconcevable d'utiliser cette rubrique surannée pour classer une autre série d'affections plus ou moins nouvelles, que venaient de créer Hebra et ses disciples. C'était préparer pour l'avenir les équivoques et les débats sans fin auxquels nous assistons encore. Envahi, comme le premier, par des affections douteuses et bruyantes, le groupe reconstitué fut bientôt aussi désuni que l'ancien; et chaque variété nouvelle qui tenta de s'y introduire fut attaquée ou défendue avec une passion que n'avaient jamais soulevée les espèces connues de nos pères.

Le seul profit de la réforme, c'est qu'il existe maintenant deux lichens au lieu d'un, que dis-je, deux légions de lichens, le lichen des anciens et celui des modernes, aussi artificiels d'ailleurs et aussi peu cohérents l'un que l'autre. Ainsi se sont formés deux courants opposés, presque deux langues différentes, qu'il importe également de connaître pour éviter les confusions et les malentendus de mots: tandis que les dermatologistes au fait des changements accomplis ne voient plus sous ce mot *lichen* que le lichen ruber d'Hebra, le lichen plan d'Erasmus Wilson ou les sous-variétés à doubles épithètes dont on a surchargé ces deux formes maîtresses, les praticiens peu renseignés attribuent encore à ce terme le sens traditionnel que lui

donnaient Cazenave ou Schedel; et l'on continuera longtemps à parler de lichen simple, de lichen aigu, d'eczéma ou de prurigo lichénoïdes, sans attacher à ces désignations autre chose qu'un sens générique traduisant une pure apparence extérieure.

Je n'ai certes pas la pensée de rendre claire une question qu'on a mis des siècles à obscurcir, et à laquelle on ne saurait toucher sans risquer de l'embrouiller davantage. Je voudrais seulement montrer comment ce groupe des lichens qui fut toujours un peu inconsistant, est devenu complètement confus depuis qu'on a prétendu l'éclaircir, comment le mot lui-même, détourné de son sens séculaire sans pouvoir le perdre tout à fait ni réussir à en trouver un un peu plus précis, signifie aujourd'hui tout autre chose que naguère, autre chose à Paris ou à Vienne qu'à Londres ou à Philadelphie, et ne sera jamais qu'un prétexte à discorde qu'il serait peut-être plus court de supprimer brutalement en le rayant du dictionnaire. J'émets sans grande confiance ce vœu depuis longtemps formulé par Hardy, reproduit par monsieur Leloir au Congrès de 1889, avec un égal insuccès, mais je ne prétends pas que ma voix, mieux que la leur, sache faire passer cette proposition radicale: les mots auront toujours la vie plus dure que les doctrines, et celui-ci s'est gravé dans le langage en raison même des débats bruyants qui se sont faits autour de lui. Le seul instant où eût été possible cette exécution sommaire, fut celui où l'autorité d'Hebra retrancha le chapitre *lichen* des traités de dermatologie: pour rendre à ce moment la réforme complète, et la mesure profitable, il fallait effacer le nom avec la chose, décider que le mot *lichen* ne serait plus jamais prononcé, et trouver pour le lichen ruber une appellation qui ne rappelât pas ce souvenir dangereux.

Le mot *lichen*, tel qu'on l'entendait autrefois, n'était pas, comme on le veut à présent, un titre ferme et circonscrit désignant une affection définie. C'était une locution d'ensemble embrassant collectivement toutes les maladies cutanées, quelle qu'en fût d'ailleurs la nature ou la cause, qui présentaient une certaine physionomie extérieure plus ou moins bien rendue par ce terme imagé. C'était dans les nomenclatures — au temps où il y avait des nomenclatures en dermato-pathologie — non une espèce, mais un genre; c'était, comme le prurigo, l'eczéma ou le pemphigus, un des larges casiers anatomo-pathologiques dans lesquels Plenck, et plus tard Willan, avaient proposé de grouper les dermatoses d'après le seul aspect de leurs manifestations apparentes: les trop nombreuses variétés réunies dans le genre lichen n'avaient d'autre raison pour se trouver ensemble, que la ressemblance extérieure qu'elles devaient à leurs lésions élémentaires.

Encore la lésion du lichen ne fut elle jamais clairement définie et s'est-on de tout temps assez mal entendu sur le signalement exact auquel devait répondre une affection donnée pour avoir le droit d'entrer dans ce groupe: on chercherait vainement, dans les anciennes définitions, l'énoncé d'une altération, à la fois spéciale et constante, fournissant aux lichens un trait particulier, comme le font, pour d'autres genres, la papule du prurigo, la squame argentée du psoriasis ou la vésicule eczémateuse.

Le lichen, sans doute, était une éruption toujours et notoirement papuleuse; mais le prurigo l'était aussi, et l'urticaire en certains cas, et parfois l'eczéma lui-même. Ce n'était donc pas simplement la présence d'éléments papuleux qui donnait au lichen son aspect distinctif.

Ce n'était guère davantage la dimension de ces papules, ni leur forme particulière, ni leur degré de confluence: une papule de lichen n'avait rien dans son apparence qui pût la distinguer d'une papule de prurigo, rien qui permit, sans plus ample informé, d'en affirmer sûrement la nature. Et quand on ajoutait à la définition du lichen que ses papules étaient petites, habituellement cohérentes, extrêmement prurigineuses, c'étaient là des qualités relatives, assurément insuffisantes à caractériser un genre.

Ce qui, bien plus que l'aspect même de ses éléments éruptifs, semblait distinguer le lichen au milieu des affections papuleuses, c'étaient les changements éprouvés par la peau au niveau des régions malades, l'apparence particulière du terrain sur lequel émergeaient les papules. Dans toutes les descriptions anciennes, on trouve expressément signalée cette altération en nappe de la peau: au niveau des plaques de lichen, elle est constamment infiltrée, rigide, sans souplesse, sillonnée de plis parallèles ou fendillée de rides fines, qui forment à sa surface un quadrillage régulier: cette apparence craquelée du tégument, sa dureté, son épaississement, l'aspect rugueux et comme chagriné que lui donne la présence des papules, tout celà forme évidemment une sorte de lésion élémentaire un peu vague, absolument pas spécifique, mais suffisante à la rigueur pour différencier l'affection.

C'est cet état particulier dont messieurs Brocq et Jacquet ont précisé la notion et pénétré histologiquement la genèse; c'est lui qu'ils ont modernisé sous le nom de « lichénification des téguments ». Je ne voudrais pas affirmer que le besoin de ce barbarisme ingénieux se fît absolument sentir; mais, s'il n'est pas très euphonique, il a certainement l'avantage de désigner brièvement ces multiples altérations qui sont, nous venons de le voir, la condition nécessaire et suffisante du lichen tel que le concevaient nos pères. Condensées dans un terme unique, ces lésions, bien que diffuses, deviennent une caractéristique anatomique un peu compliquée, mais précise. Ce qui fait proprement le lichen, ce ne sont, en effet, ni les papules qui hérissent la peau, ni les rides qui la sillonnent, ni l'infiltration qui l'épaissit; c'est la réunion de tous ces caractères, c'est, en un mot, la lichénification: en groupant ces désordres complexes en une expression synthétique, monsieur Brocq a donné au lichen ce qui lui manquait jusqu'alors, une lésion personnelle et constante, moins localisée, mais presque aussi nette, que la pustule de l'acné ou la bulle du pemphigus. L'idée un peu indécise et fuyante exprimée par le mot *lichen* se trouve en quelque sorte matérialisée dans celui de lichénification, et l'état ainsi dénommé devient susceptible à la fois d'une définition anatomo-pathologique et d'une explication pathogénique exacte: sous l'influence du grattage, ce traumatisme répété qui complique les affections prurigineuses, on observe « des altérations qui consistent essentiellement en une inflammation chronique des téguments. C'est ainsi que l'on voit peu à peu le derme s'infiltrer d'éléments embryonnaires, s'épaissir, devenir dur et rugueux, les papilles s'hypertrophier, se grouper même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil sébacéo-papillaire, ni avec l'appareil sudoripare » (Brocq); bref, la peau subit peu à peu un changement dans sa texture, qui en fait, au point de vue clinique, la peau grossière et fendillée du lichen.

Si le prurit originel n'est provoqué lui-même par aucune dermatose antérieure, s'il provient d'un trouble nerveux et purement fonctionnel, la

lichénification qu'il engendre est la première et l'unique lésion que présentera la peau du malade. Il s'agit en ce cas de lichen primitif, circonscrit ou généralisé suivant qu'il affecte la forme d'une plaque plus ou moins large (lichen simplex chronique de Vidal, lichen circumscriptus des anciens) ou bien qu'il envahit, d'une façon habituellement symétrique, de grandes surfaces de téguments (névro-dermites diffuses de M. Brocq).

Mais il est bien plus ordinaire que les démangeaisons d'où naîtra le lichen reconnaissent déjà elles-mêmes pour cause une lésion anatomique appréciable: il s'agit la plupart du temps d'une affection banale primitive, un prurigo, une urticaire qui n'ont rien ici de particulier que leur pruriginosité extrême. Le lichen, dans ce cas, n'est plus le seul élément anatomopathologique de l'affection, il n'en est plus surtout l'élément primitif; il n'est qu'un épiphénomène greffé sur la lésion première, qu'il vient accidentellement compliquer; l'eczéma ou le prurigo sont devenus lichénoïdes, et ils le sont devenus pour deux raisons; parce que le malade s'est beaucoup gratté, et parce que sa peau avait à la lichénification une disposition particulière.

Le lichen, ainsi entendu, n'est plus une maladie distincte; il n'est qu'un incident anatomo-pathologique surajouté à une lésion préexistante; il n'est plus, en définitive, que la conséquence mécanique du grattage sur une peau prédisposée. Ajoutez aux lésions de l'eczéma l'épaississement dermique dont nous parlions tout à l'heure, et l'hypertrophie papillaire, et les plis sillonnant la peau; vous obtiendrez une affection bâtarde, un eczéma lichénoïde ou, comme dit monsieur Brocq, lichénifié. Ajoutez ces mêmes lésions aux symptômes ordinaires du prurigo, vous aurez le prurigo d'Hebra, que l'on annexe maintenant aux lichénifications secondaires. Mais ces affections, compliquées de lichen, ne sont point, pour cela, des maladies nouvelles; ce sont toujours des eczémas, des urticaires, ou des prurigos, ou de simples névrodermites, empruntant une physionomie particulière au prurit qui les accompagne et aux troubles de nutrition qui en sont le résultat secondaire; ce sont des dermatoses quelconques cachées sous un masque d'emprunt et qui ne se ressemblent entre elles que par ce travestissement uniforme.

A la faveur de ce déguisement, une foule d'affections disparates se sont successivement introduites dans ce groupe peu fermé des lichens; c'est ainsi qu'il fut de tout temps, et même avant qu'Hebra ne se fut occupé de sa révision, le plus trouble et le plus mêlé des genres dermatologiques: à côté du lichen simplex, dont beaucoup ne faisaient qu'un eczéma chronique (eczéma sec chronique de Hardy, eczéma sec lichénoïde de Devergie) se montrait le lichen lividus, variété plus ou moins papuleuse du purpura, tandis que le lichen pilaire, qui n'est qu'une hyperkératose, une sorte de sclérodermie pilaire, coudoyait le lichen tropicus, où l'on ne consent plus présentement à voir autre chose qu'une simple éruption sudorale. On y voyait le prurigo ferox qui, après avoir été le lichen agrius de Vidal, est devenu le prurigo d'Hebra; le prurigo mitis et formicans (lichen polymorphe chronique), forme atténuée du précédent; le lichen scrofulosorum (lichen pilaire, lichen circonscrit des anciens), qui n'est qu'une folliculite pilo-sébacée, et le lichen aigu, qui ressemble à une fièvre éruptive tenant tout à la fois de la miliaire, de l'urticaire et de l'érythème papuleux (strophulus, lichen sparsus et confertus, lichen simplex intertinctus).

Telle fut, jusque vers 1860, la constitution de ce groupe indistinct: elle n'était, comme on le voit, ni simple ni très homogène; mais les cliniciens s'entendaient: on savait que toutes ces affections, dissemblables par leurs symptômes, par leur nature et par leurs causes, présentaient cependant une ressemblance extérieure qui en faisait une même famille: le seul titre *lichen* attaché à une maladie de la peau, ou l'adjectif *lichénoïde* ajouté à sa désignation principale, exprimaient cette physionomie commune et donnaient immédiatement une vague idée de son aspect.

Ce fut alors que l'Ecole de Vienne substitua à l'ancienne nomenclature basée sur l'apparence anatomo-pathologique des lésions, une classification tirée de leur évolution physio-pathologique. C'était l'effondrement du vieil édifice dermatologique où Plenck, Willan et Bateman avaient laborieusement étagé les classes, les ordres et les genres. Le lichen, naturellement, fut entraîné un des premiers. Appliquant aux espèces qui le composaient son procédé radical et sommaire de démembrement nosographique, Hebra décréta simplement: le genre lichen n'a pas de raison d'être; il est conventionnel et faux: je le supprime. Il n'y a plus de lichen; ou plutôt il n'y a plus qu'un lichen, le lichen d'Hebra: il se nommera lichen ruber.

Et, au lieu de faire prudemment disparaître le nom désormais sans emploi, du groupe qu'il venait de dissoudre, il commit cette inconséquence de garder le vieux mot pour désigner une maladie nouvelle et de laisser ce titre de lichen dans une nomenclature où le genre lichen n'existait plus. Le mot dépossédé demeura dans la langue, mais à la condition de troquer son acception traditionnelle pour celle que le bon plaisir d'Hebra décida de lui imposer: ce ne fut plus le terme générique rapprochant, dans une désignation commune, toute une catégorie d'affections similaires; il devint un titre spécifique s'appliquant très étroitement à une seule espèce morbide. Flanqué d'une épithète explicative ou suivi du nom de son inventeur, il devint la marque exclusive de la nouvelle création d'Hebra: en dehors du lichen des scrofuleux, la seule des variétés anciennes que l'Ecole, on ne sait pourquoi, consentait encore à conserver, on ne parla plus désormais que du lichen ruber d'Hebra: il fut le vrai, le pur lichen, comme le seul prurigo était le prurigo d'Hebra, comme le pityriasis rubra d'Hebra était le seul pityriasis. C'était l'habitude du maître, toutes les fois qu'il enfantait une description nouvelle, de prendre, pour la baptiser, un mot du vieux vocabulaire, plus ou moins adapté à son nouvel emploi par une ou plusieurs épithètes, mais se prêtant, malgré cela, à toutes les confusions de langage.

La description du lichen ruber ne ressemblait d'ailleurs à aucune des variétés communément admises dans le groupe ancien des lichens. C'était un type inédit et assez imprévu de dermatose à marche grave, rappelant, par son pronostic fatal, par sa généralisation habituelle, par la cachexie qui la terminait toujours, cette forme également funeste de dermatite exfoliante décrite, par le même Hebra, sous le nom de pityriasis rubra. Elle était comme issue aussi impitoyable, et les quatorze lichen ruber observés par Hebra s'étaient terminés par la mort, exactement comme ses quinze pityriasis rubra.

L'allure de ces deux affections offre d'ailleurs de grandes ressemblances: débutant d'une façon diffuse, ou sur quelques points limités, notamment au niveau des plis articulaires, elles s'étendent peu à peu à toute la surface

cutanée, suivant, pendant trois ou quatre ans, une marche irrémédiablement progressive, et transformant le tégument tout entier en une membrane épaissie, rouge, indurée et plus ou moins squameuse. Le malade, dans les deux cas, finit par être emprisonné dans une enveloppe trop étroite, qui gêne les mouvements articulaires, empêche l'ouverture de la bouche, renverse les paupières en ectropion, entraîne la chute des cheveux et des poils, l'atrophie et la destruction des ongles, pour aboutir enfin au marasme final, qui résulte surtout de la suppression des fonctions cutanées. Mais il existe, entre le lichen ruber et le pityriasis rubra, une différence essentielle due à la forme même de leurs éléments éruptifs: tandis que le pityriasis « ne présente, dit monsieur Kaposi, ni papules, ni vésicules, ni pustules, mais toujours simplement et uniquement, depuis son début et pendant toute sa durée, de la rougeur et de l'inflammation », le lichen ruber débute par une éruption de papules, qui se disposent en séries linéaires, envahissant en deux ou trois mois le tronc, la face et les membres, et finissant par se généraliser, sans jamais perdre cette forme papuleuse que le pityriasis rubra ne revêt à aucune période.

Tel est l'aspect terrifiant sous lequel le lichen ruber fut primitivement présenté dans la description originale d'Hebra. Aujourd'hui, on ne sait plus guère, du moins en France où elle ne se montre jamais, à quoi répond cette maladie si grave, si différente comme pronostic des autres variétés qui ont surgi à côté d'elle. On nous a montré, depuis lors, un lichen ruber d'allure beaucoup plus clémente, qu'il s'agisse de la forme plane créée par Erasmus Wilson, ou du lichen à petites papules décrit par les auteurs américains, ou même du lichen acuminé tel que l'entend monsieur Kaposi. Monsieur Unna est peut-être le seul qui ait revu, depuis Hebra, le spectre effrayant du lichen rouge: encore n'a-t-il observé que sous forme d'épidémie (Hambourg 1881-1883) ces cas extraordinairement sévères, qui semblent, en effet, reproduire en tous points la description primitive d'Hebra.

Bien que l'on s'explique assez mal l'utilité d'une mesure qui évinçait toute une série d'affections connues et courantes pour installer à leur place une maladie qu'on n'observe jamais, le coup d'état d'Hebra eut d'abord au moins l'avantage de faire largement table rase et d'élaguer résolument le groupe touffu des lichens: les espèces hétérogènes qu'on y avait entassées depuis des siècles furent brusquement séparées, et réparties, selon leurs caractères, dans des catégories moins vagues: on rendit au genre eczéma le lichen simplex, à l'urticaire le lichen urticatus, le lichen agrius au genre prurigo, le lichen syphiliticus aux syphilides papuleuses, bref, chaque variété reprit, dans la nosographie réformée, le rang que lui imposait sa nature; et le lichen ruber resta seul maître de la place. Mais cet arrangement si simple ne fut pas de longue durée: bientôt d'autres variétés disputèrent au nouveau venu le titre qu'il avait accaparré pour lui seul.

Ce fut d'abord une espèce morbide décrite en 1869 par Erasmus Wilson, et qui, par sa grande fréquence et son importance clinique, allait faire presque oublier les faits d'exception signalés par Hebra. C'était l'éruption à papules plates, qui, sous le nom de lichen plan, représente aujourd'hui, presque pour tout le monde, l'expression type du lichen ruber, tandis que la forme acuminée n'en est plus qu'une sousvariété secondaire. Le lichen de Wilson se rapproche, il est vrai, de la forme d'Hebra par son

allure très chronique et l'ensemble de ses symptômes, mais on ne retrouve chez lui ni la marche fatalement progressive, ni les accidents généraux, ni le pronostic inflexible qui assombrissaient les descriptions précédentes. C'est, à tout prendre, une affection bénigne, n'empruntant quelque gravité qu'à son évolution très longue, à sa pruriginosité excessive (lichen planus pruriginosus Wilson), aux troubles digestifs ou nerveux qui la compliquent quelquefois. Quant aux éléments éruptifs, leur aspect est assez spécial pour qu'un œil exercé les reconnaisse à première vue: les papules polygonales, et qui semblent taillées à facettes, ont une couleur rouge sombre, offrant le brillant de la cire et comme une sorte de transparence. Leur volume est très variable; aussi fines parfois qu'une tête d'épingle, elles atteignent, au maximum, les dimensions d'un grain de millet. La plupart, même les plus petites, présentent à leur centre une fine ombilication, qui semble la piqûre d'une pointe d'aiguille. Leur base est circonscrite par un liséré rouge, net et mince comme un cheveu, qui délimite leur contour. Disséminées sans régularité au début, elles s'ordonnent plus tard en séries linéaires et forment, à la fin, des placards confluents, envahissant de préférence certaines régions déterminées: le poignet, le dos de la main, la région palmaire ou la plante des pieds; plus rarement le tronc, les membres et la face; dans quelques cas enfin les paupières, les joues, le gland, la muqueuse des lèvres, et jusque la face dorsale de la langue. Arrivées à leur période d'état les papules se serrent les unes contre les autres comme une mosaïque. En même temps, les papules les plus anciennes, situées au centre, s'affaissent et prennent une couleur brun foncé, pendant qu'il se produit, à la périphérie, une nouvelle couronne de papules, qui arrivent à constituer des plaques de la grandeur d'une lentille, de 1 centime ou d'une pièce de 5 francs en argent, offrant l'aspect tout particulier d'une pierre sombre entourée de perles. Les plaques plus grandes, plus anciennes, sont manifestement déprimées (atrophiques) au centre, d'un brun livide ou sépia (Kaposi trad. Besnier et Doyon). Contrairement à la forme d'Hebra qui envahit en quelques mois toute la surface du corps, le lichen plan reste le plus souvent limité à des régions circonscrites; puis, à mesure que de nouvelles papules se montrent, les plus anciennes disparaissent, lassaint après elles des cicatrices d'abord pigmentées, puis blanches et comme atrophiques.

Telle est la forme atténuée dont Wilson opposait la description à celle de la forme grave qu'avait décrite Hebra quelques années plus tôt. Ce fut alors que M. Kaposi, pour sauver l'indépendance du type créé par Hebra, en doubla la désignation d'une seconde épithète, et le nomma lichen ruber acuminé. Mais, quand on le vit affirmer que ce lichen acuminé n'était autre que le pityriasis rubra pilaris de Devergie, affection relativement bénigne, rajeunie dans ces derniers temps par MM. Besnier et Richaud, on fut autorisé à croire que M. Kaposi avait perdu la vraie description d'Hebra. Si son lichen acuminé était une affection bénigne, il ne pouvait en même temps être la maladie mortelle qu'Hebra avait chargée de si sombres couleurs. Ainsi pensait M. Unna quand, fidèle à la description du maître et au pronostic qu'elle comportait, il renonça au terme acuminé puisqu'on l'appliquait désormais à des formes légères, et donna à ses cas mortels le nom de lichen neuroticus, qui en traduisait, suivant lui, la pathogénie probable.

C'est ici que commence une série de controverses que tout un Congrès assemblé (Paris 1889) n'a pu entièrement résoudre. Le lichen acuminé de Kaposi et le pityriasis rubra pilaire de Devergie-Besnier-Richaud furent, dans ce débat, les deux grands sujets de discordes. Qu'étaient exactement ces deux états morbides? Quels rapports avaient-ils entre eux? Quelles relations présentait chacun d'eux avec le lichen rouge d'Hebra? Jamais trois questions si simples n'ont engendré plus de malentendus.

M. Kaposi soutenait que son lichen acuminé reproduisait la forme pure du lichen ruber, telle qu'Hebra l'avait décrite; mais il affirmait, d'autre part, que ce même lichen acuminé se confondait avec le pityriasis rubra pilaris. C'était un parfait syllogisme, dont la conclusion nécessaire établissait l'identité entre la maladie d'Hebra, la plus grave des dermatoses, et l'affection plutôt bénigne qu'est le pityriasis rubra pilaire.

Pour échapper à cette conséquence, qu'il serait puéril de discuter, il fallut rejeter l'une des deux prémises: ce fut, nous l'avons dit, la première, celle où M. Kaposi affirmait que sa description correspondait exactement au type créé par Hebra. Alors il arriva ceci: puisque le lichen acuminé, première manière — j'entends la forme redoutable autrefois rencontrée par Hebra, et que M. Unna semble avoir retrouvée — ne répondait plus à la description de Kaposi, il fallait scinder à son tour ce type acuminé, qui lui-même n'était déjà qu'une sous-division du lichen ruber, opposée à la forme plane. Il y eut alors un lichen acuminé grave (type Hebra-Unna) et un lichen acuminé bénin, dont M. Kaposi affirmait l'identité avec le pityriasis rubra pilaire.

Mais ce n'est point là que finirent les tribulations du lichen acuminé. Je dirai tout à l'heure comment chacune des deux variétés précédentes du lichen acuminé — l'une parce qu'elle est infiniment rare, l'autre parce qu'elle n'est pas un lichen — ont cédé la place à une troisième: le vrai lichen acuminé d'à présent n'est plus une espèce distincte, c'est une variété morphologique du lichen plan, ce sont les petites papules, qui, dans la maladie de Wilson, se mêlent aux papules plates, alternent ou coïncident avec elles, les précèdent ou leur survivent, et constituent parfois l'éruption tout entière.

On voit d'ici la confusion. Elle est telle que les auteurs non seulement ont peine à s'accorder entre eux, mais ne s'entendent pas toujours avec eux-mêmes: c'est ainsi que M. Chatelain, dans un livre excellent d'ailleurs, nous affirme, page 267 (note), que « le lichen ruber acuminatus de Hebra, Kaposi, etc. n'est autre chose que le pityriasis rubra pilaire de Devergie-Besnier-Richaud, » puis fait soigneusement, page 370, leur diagnostic différentiel. Cette équivoque fut frappante au Congrès de Dermatologie de Paris: tout le monde y prit la parole sur le lichen acuminé, mais comme on entendait par là au moins trois choses différentes, il n'est pas étonnant qu'on n'ait pu se comprendre.

Il faut rendre justice à M. Kaposi: nul n'a contribué plus que lui à brouiller sur ce point les termes et les choses. Son lichen acuminatus, où se mêlent confusément la maladie de Devergie et le lichen ruber d'Hebra, a fini de troubler ce chapitre déjà peu clair. M. Kaposi reproche à MM. Besnier et Richaud d'avoir fait leur pityriasis rubra pilaire aux dépens de son lichen acuminé. Mais chacun sait que cet état morbide, quel que soit

le nom qu'on lui donne, appartient aussi peu à M. Kaposi qu'à MM. Besnier et Richaud, à M. César Boeck ou à M. Taylor, qui l'ont également décrit: le mot, aussi bien que la chose, revient de droit à Devergie, qui connut cette affection et la nommait déjà pityriasis pilaire: il se trouve donc qu'en somme c'est M. Kaposi le premier, qui a repris, sans le savoir, une vieille description française, et qui l'a décorée d'un titre viennois. Mais son lichen acuminé n'est pas, comme il l'a cru, le lichen ruber décrit par Hebra; bien mieux, ce n'est pas un lichen, puisque c'est un pityriasis; c'est une simple variante du pityriasis rubra, type Hebra.

Ce n'est pas que le lichen ruber ne puisse revêtir la forme acuminée: il montre au contraire souvent des papules coniques, seules ou mélangées à des papules planes. Mais cette forme acuminée n'offre rien de commun avec le pityriasis pilaire: elle est une variété du lichen ruber, comme le pityriasis pilaire est une variété du pityriasis rubra.

Le type du lichen ruber est aujourd'hui le lichen plan, tel que l'a décrit Erasmus Wilson. Il semble même que le lichen plan soit devenu le lichen par excellence — comme était, il y a trente ans, le lichen ruber acuminé d'Hebra — et puisse désormais se passer d'épithète; d'autant plus, observe sagement M. Hallopeau, qu'il n'y a pas de raison pour appeler ruber un lichen qui n'est pas toujours rouge, ni plane une éruption qui est souvent acuminée.

Ainsi, après tant de débats, le titre contesté reste aux mains des Anglais: leur lichen de Wilson est aujourd'hui le lichen orthodoxe; il est, d'après M. Besnier, « le seul vrai lichen de l'heure présente; » il est, mieux encore, « le lichen » tout court.

Combien de temps gardera-t-il cette place prépondérante? Voici déjà qu'autour de la forme maîtresse, on range une série de nuances cliniques, qui recommencent à encombrer le chapitre et à en troubler l'uniformité: après le lichen plan et le lichen acuminé, après les formes mixtes qui combinent ces deux variétés, Unna a décrit un lichen obtusus ou lichen à papules géantes, Kaposi un lichen moniliforme ou lichen à grains de corail, Hallopeau et Kaposi un lichen atrophique ou scléreux, Vidal un lichen tubéreux corné, Lailler un lichen verruqueux. On voit ce que devient cette chose si simple, le lichen ruber à papules planes, dans lequel Wilson un instant crut avoir à jamais réalisé l'unification du genre.

Tout cela, j'en conviens, n'est pas d'une irréprochable clarté, mais je n'ai pas, qu'on veuille bien le croire, embrouillé à plaisir cette description du lichen moderne. Je l'ai donnée comme l'ont faite les réformes contemporaines; j'ai montré, tel qu'il est aujourd'hui, ce chapitre qu'Hebra avait rêvé si clair. Il n'y a guère que quarante ans que le réformateur de Vienne a refondu ce groupe informe; et le voilà, plus que jamais, envahi d'espèces nouvelles, agité de discussions stériles, si peu simplifié en somme, que l'on se prend à regretter le passé, et presque à souhaiter le retour des formes démodées de jadis. Il semble même qu'une sorte de réaction se produise actuellement en ce sens, et, dans les traités les plus récents, on voit de plus en plus, auprès des espèces modernes, le lichen ancien reparaître, plus ou moins rajeuni par des détails d'histologie et des explications physio-pathologiques. N'est-ce pas lui que M. Brocq nous présente sous un aspect nouveau dans ses lichénifications secondaires? N'est-ce pas lui qui a survécu dans le lichen

simplex chronique de Vidal et dans le lichen des scrofuleux? Quelques auteurs consciencieux font même en ce moment de louables efforts pour accorder l'ancien et le nouveau régime, combiner Bateman et Erasmus Wilson, et réconcilier Willan avec Hebra. Cet éclectisme complaisant nous permet, depuis quelque temps, de voir fraterniser, dans un chapitre unique, le lichen d'aujourd'hui et celui de naguère, et ce n'est point, on peut le croire, un ensemble absolument simple qui résulte de leur fusion.

C'est ce parti conciliant qu'ont adopté les deux très bons ouvrages qui résument le plus récemment chez nous l'état de la dermatologie: les livres de M. Brocq et de M. Chatelain. Avec une grande patience M. Brocq, en particulier, a pieusement colligé et réuni dans un chapitre immense tout ce que, de Vienne à Paris et depuis Plenck jusqu'à M. Besnier, on a désigné du nom de *lichen;* on y trouve naturellement le moderne lichen ruber entouré de ses variétés cliniques; mais par surcroît on y voit reparaître toutes les espèces qu'on en avait exclues; le strophulus à forme aiguë et le lichen simplex chronique, et toutes les vieilles éruptions lichénoïdes devenues les lichénifications secondaires: c'est dire assez que la plupart des formes du lichen ancien rentrent peu à peu dans le groupe et reprennent doucement leur place à côté des espèces nouvelles. Il s'est même glissé à leur suite un certain nombre de variétés que personne jamais n'avait songé à placer là, ainsi le prurigo d'Hebra, et les lichénifications primitives diffuses, dont M. Brocq vient encore de grossir ce chapitre déjà si plein; et cet inévitable lichen des scrofuleux, qu'il semblait pourtant convenu, depuis le Congrès de Paris, de reléguer parmi les affections de l'appareil pilo-sébacé.

Une chose du moins qu'on a simplifiée, c'est la place taxinomique, jadis si discutée, des lichens. Un stratagème original a tranché ce point de doctrine: On ne s'attarde plus, de nos jours, à discuter le classement des dermatoses; on les aligne simplement suivant leur ordre alphabétique: c'est un expédient pratique dont la mode, je crois, nous est venue d'Amérique, et qui a certainement l'avantage de rendre les recherches commodes: il remplace les traités par des dictionnaires et coupe court aux contestations théoriques. Le lichen a profité comme d'autres de cette nomenclature ingénue: donc ne le cherchez plus parmi les affections papuleuses, ainsi que le voulaient Willan et Bateman; ni dans les maladies du derme, où l'avaient mis Baron et Erasmus Wilson; ni parmi les manifestations de la scrofule ou de la dartre, suivant la doctrine de Bazin; ni même dans les processus inflammatoires où Hebra, après Cazenave, l'avait plus récemment classé: vous le trouverez à la lettre L entre la leucoplasie buccale et le lupus.

Doct. **Azúa** (Madrid):

Résultats thérapeutiques et hygiéniques de l'hospitalisation interne et externe des malades atteints d'affections cutanées vénériennes et syphilitiques.

Conclusions

1. L'hospitalisation interne de beaucoup d'individus atteints de maladies de la peau, vénériennes et syphilitiques, donne des guérisons plus rapides et plus durables que leur traitement dans les consultations publiques.

2. La propagation de la syphilis, des maladies vénériennes et des affections contagieuses de la peau se réduirait considérablement par le traitement à demeure des malades qui en sont atteints.

Je propose donc la correction des imperfections et des défauts indiqués:

1. Il faut construire des hôpitaux pour les individus atteints de maladies cutanées et vénériennes, dans la proportion d'un lit par chaque millier d'habitants, en ayant soin de bâtir ces hôpitaux dans les quartiers où l'observation démontre une fréquence plus grande de ces maladies.

2. Tout malade pauvre atteint d'une maladie dermo-vénérienne contagieuse, et vivant loin d'un hôpital spécial, y sera, sur sa demande, transporté pour y être admis aux frais de la municipalité à laquelle il appartient.

3. Les consultations publiques doivent être ouvertes aux heures correspondantes au repos des ouvriers, et dans les centres populeux il doit y en avoir une pour chaque 100,000 habitants, située à l'endroit le plus favorable.

4. Les patrons, dans les cas où le temps consacré au repos n'atteint pas deux heures, ou dans celui où par suite de la nature des travaux ceux-ci ne peuvent être suspendus à l'heure habituelle, seront obligés d'accorder une sortie de deux heures à ceux de leurs ouvriers ou serviteurs qui justifient de leur recours à une consultation publique.

5. Le recours à la consultation sera démontré par la mention: *S'est présenté* et la date, *se présentera tel jour*, portée sur la feuille d'inscription qu'on délivrera aux malades. Le fait de ne pas se présenter aux jours indiqués ferait perdre aux ouvriers le droit à la permission.

6. Les malades qui iront aux consultations recevront gratuitement tous les médicaments et objets de pansement qui leur seront nécessaires dans l'intervalle des inspections médicales.

7. L'irrégularité à la consultation priverait les malades de cet avantage.

8. Pour diminuer le nombre des cas de contagion dus à l'ignorance de la contagiosité des lésions ou des symptômes appréciables par tout le monde, on fera, dans les cas indiqués, la distribution d'*avis sanitaires* exprimant en language vulgaire, (car c'est le vulgaire qui doit en prendre connaissance), le caractère contagieux de certaines maladies qui, cependant, n'empêchent point la vie ordinaire en commun.

9. Cet avis sanitaire sera remis aux frais de l'administration publique, en même temps que l'on délivrera la cédule domiciliaire, le passe-port, ou tout autre document analogue qui, dans tout pays civilisé, sert à établir la personnalité de chacun.

10. Dans les grands centres où l'isolement des individus laisse à désirer, dans les casernes, les grands ateliers etc., etc., on remettra à chaque nouveau membre de groupe un *avis sanitaire*, dont il lui sera donné lecture s'il est illettré.

11. Tout malade habituel d'une consultation publique ou admis dans un hôpital pour une affection cutanée contagieuse ou vénérienne recevra un *avis sanitaire* contenant l'énoncé des précautions qu'il devra prendre pendant sa maladie, aussi bien en ce qui le concerne qu'en ce qui a rapport à autrui.

12. Provisoirement, l'*avis sanitaire* général préventif contre les maladies contagieuses de la peau et vénériennes, pourrait être formulé de la façon suivante:

a) Toute personne affectée de démangeaisons principalement nocturnes, est suspecte d'avoir la gale, et il convient, par conséquent, d'éviter tout contact avec elle, de se servir de son linge et de partager sa couche;

b) Les croûtes de la tête, celles d'une couleur jaunâtre ou blanc jaunâtre, doivent faire craindre la teigne. Il faut éviter tout contact avec le sujet et ne pas faire usage de ses effets, de ses peignes, chapeaux ou coiffures;

c) La chute des cheveux par plaques rondes, blanches, sans croûtes, peut être la conséquence d'une maladie appelée *pelade*, parfois contagieuse, et il faut, par conséquent, éviter de se servir des peignes, brosses ou tout autre objet mis en contact avec ces lésions; de plus, on doit éviter d'aller chez un perruquier où l'on verrait une personne qui en serait atteinte;

d) La chute des cheveux par plaques arrondies, comme rasées, et ce qu'on appelle *empeines*[1]) de la peau, peuvent être sous la dépendance d'une autre espèce de teigne, très contagieuse chez les enfants. Il convient, dans ce cas, de ne faire usage d'aucun objet ayant été en contact avec la tête de ces individus, qu'il faut aussi éviter de toucher;

e) Pour les personnes qui ont sur les lèvres ou sur la langue des plaies ou des excoriations il ne faut se servir ni de leurs pipes, ni de leurs mouchoirs, ni de leurs verres, ni de leurs cuillers, ni d'aucun autre objet qui ait été en contact avec leur bouche. On ne doit jamais les embrasser, ni se laisser embrasser par elles;

f) Aucune femme, si ce n'est la mère, ne doit donner le sein à des enfants qui ont du mal à la bouche, ou qui ont une apparence maladive, ressemblant à de petits vieillards, porteurs d'excoriations aux fesses ou sur les parties voisines, sans avoir auparavant consulté le médecin;

g) Toute femme atteinte de gerçures aux seins, d'excoriations ou d'ulcères ne peut donner à têter à aucun enfant, sans prendre auparavant l'avis du médecin;

h) Toute personne dont les organes génitaux sont affectés d'écoulements anormaux, qu'ils soient abondants ou non, avec ou sans douleurs et quelle que soit leur couleur, peut communiquer par contagion la maladie dont elle est atteinte. Elle devra prendre la précaution de ne pas toucher à ses yeux, si ce n'est après s'être soigneusement lavé les mains;

i) Les *avis sanitaires* délivrés dans les consultations et les hôpitaux relativement à une maladie déterminée, attireront l'attention par plus de détails sur les dangers de la contagion;

j) Les personnes atteintes de blennorrhagie seront averties avec insistance, que même avec un écoulement insignifiant et sans éprouver de douleurs, elles peuvent communiquer leur maladie;

l) Là où elles n'existent pas, on doit créer des inspections médicales chargées de veiller à l'exécution des dispositions sanitaires.

[1]) En espagnol.

Doct. G. **Smirnoff** (Helsingfors):

Un cas très-rare de syphilis.

Otto Johanson, journalier, âgé de 40 ans, domicilié à Sjögard, commune de Perna, inscrit à l'hôpital, le 19 décembre 1893.

N'a jamais été malade. A épousé, à 24 ans, une jeune fille du même endroit, plus jeune de quatre ans. (Il n'y a eu que deux cas de syphilis dans la contrée pendant tout le temps que le sujet y a séjourné; ces deux cas sont survenus, il y a douze ans seulement; c'était un valet de ferme et une domestique domiciliés à cinq kilomètres de là, de l'autre côté d'un lac; aussitôt la maladie constatée, ils furent envoyés à l'hôpital, à Helsingfors). A eu neuf enfants, dont le premier est mort à l'âge d'un an après environ trois semaines de maladie. Tous les autres vivent et sont bien portants. La femme n'a jamais eu de fausse-couche.

En août 1891, le malade remarqua que le dos de sa main droite commençait à enfler, sans lui causer de douleur; les doigts devinrent raides et la main lui semblait lourde. Un mois plus tard, la peau devint rouge et plus chaude que celle de la main gauche; en même temps des battements commencèrent à se faire sentir, par moments, sur différents points de l'enflure. Au bout de cinq semaines, le malade se rendit à la ville de Lovisa pour consulter un docteur; il y resta en traitement pendant 31 jours; ce traitement ne consista que dans l'application d'une espèce d'onguent blanc. La tumeur, qui avait déjà gagné l'avant-bras, disparut presque entièrement, de sorte que le sujet était tout à fait en état de travailler lorsqu'il rentra chez lui, le 10 octobre.

La main resta saine pendant deux ans, après quoi, au commencement de novembre 1893, l'enflure reparut sur le dos de la main droite, accompagnée cette fois, dès le début, de rougeur, de battements et d'un sentiment de chaleur. Trois semaines plus tard, l'enflure s'étendait jusqu'au milieu de l'avant-bras. A ce moment apparut une éruption de boutons purulents, qui s'ouvrirent, et, en confluant, formèrent des ulcères plus ou moins superficiels, mais ne pénétrant pourtant jamais toute l'épaisseur de la peau. Depuis lors jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur accompagnée de rougeur et d'éruption a continué de s'étendre vers le haut du bras, toujours nettement limitée et sans être précédée d'aucune infiltration simple ou de rougeur de la peau.

Etat présent.

Etat général. — Le malade est amaigri, pâle et affaibli. Il croit lui-même que la cause est due à là perte de sang du bras chaque fois qu'on changeait le pansement. « L'hémorragie était alors si abondante, dit-il, que je craignais d'être saigné à blanc ». L'appétit n'a pas été tout à fait normal, dans ces derniers temps.

Symptômes locaux. — La main droite et tous ses doigts sont énormément enflés. Le malade est absolument incapable de remuer un seul doigt. Au bout de tous les doigts, sauf le pouce, il y a de larges et profonds ulcères, du fond desquels s'élèvent de nombreuses verrues de tissu conjonctif. Du reste la main est couverte sur toute sa surface de plaies plus ou moins

étendues, produites, semble-t-il, par la décomposition de tubérosités, et de formations verruqueuses de tissu conjonctif extrêmement nombreuses. C'est surtout le cas dans la paume de la main, dont la surface est entièrement couverte d'ulcères, quelquefois profonds, et de verrues en forme de framboise. Les parties avoisinant les ongles sont rouges et, sur les côtés, ulcérées, excepté au pouce. A l'index, en outre, la racine de l'ongle est tout à fait rongée et trempe dans le pus. Il semble que l'ongle tout entier doive tomber; il est presque complètement noir. La peau du dos de la main et de tout l'avant-bras jusque un peu au-dessus du coude, est fortement tuméfiée, très rouge et parsemée d'ulcères et de verrues. Le poignet, entouré de la peau épaissie comme d'une cuirasse, est inflexible. Il en est presque de même du coude, qui pourtant peut se fléchir légèrement. La peau de la partie supérieure du bras est moins enflée, plus souple, mais pourtant très rouge et couverte de plaies plus petites et plus superficielles. Les verrues y sont encore rudimentaires et s'y présentent sous forme de petites éminences, à peine grosses comme une lentille, rouge-foncé, brillantes, peu proéminentes, semblables à des papilles aplaties. La partie affectée de la peau est nettement limitée; cependant on aperçoit sur la partie encore saine quelques taches rosées, écailleuses, marquant probablement la tendance de l'affection à s'étendre, et la manière dont elle se propage. L'articulation du coude est flexible; le bras cependant ne peut pas s'étendre et reste fixé à un angle de 90°, la tension et l'épaississement de la peau empêchant les mouvements.

Il y a de fortes varices des deux veines saphènes, surtout à la jambe droite. Aux deux jambes, plusieurs taches, les unes brunâtres, les autres claires, à limites bien marquées et à surface squameuse. Le malade dit que ces taches sont des traces de brûlures reçues dans un incendie, il y a 24 ans, c'est-à-dire quand il avait seize ans. Du reste, pas de cicatrices sur le corps, ni à la gorge. Les glandes ne sont aucunement affectées. Urine normale.

En mon absence de la clinique pendant les vacances, du 15 décembre au 19 janvier, l'interne, le docteur Karvoneu, bien que le malade niât absolument avoir la syphilis, lui fit prendre trois cuillerées à soupe par jour d'un mélange de Deutoiod. hydrarg. 0,2, Kalii iodati 12,0 et Decoct. chinae reg. 400,0. En outre, depuis le 29 décembre, on appliqua sur les parties malades de l'onguent d'hydrarg. amidato bichlorat. Sous l'influence de ce traitement, l'affection s'est tellement améliorée qu'à l'époque de sa reproduction par la peinture (6-14 février 1894), elle ne donne plus qu'une faible idée de ce qu'elle était originairement. Le 19 janvier, quand je vis le malade pour la première fois, le bras était beaucoup plus enflé, plus rouge et plus ulcéré que sur la toile. L'état général s'est amélioré aussi. Le malade se sent plus fort qu'à son entrée à l'hôpital. Son poids a augmenté, comme le montrent les chiffres suivants:

le 29 décembre	72,5 kilos
le 12 janvier	73,3 »
le 26 »	73,1 »
le 24 février	74,2 »
le 20 mars	78,0 »

A chaque pesage, le malade n'avait sur lui que sa chemise, un mince caleçon et des chaussettes.

Le 22 février, on cessa d'administrer la mixture de crainte de gâter l'estomac du malade. Le 5 mars, on fit une injection de 0,1 calomel.

Réflexions. — L'amélioration évidente et constante par un traitement spécifique, semble mettre hors de doute le diagnostic *syphilis invétérée.* Cependant il m'a semblé que le cas offrait assez d'intérêt pour mériter d'être communiqué à mes collègues, car la forme rare et l'extension rapide de l'affection serait de nature à faire hésiter sur le diagnostic au premier aspect, même un syphilologue expérimenté. A cela vient s'ajouter que l'origine du mal est inconnue. La maladie pourrait-elle être congénitale et n'avoir éclaté de cette façon qu'après 40 ans? Cela ne me paraît pas croyable. Le malade a-t-il pu être contagionné comme enfant dans un lieu où la syphilis a à peine fait une apparition, et les prétendues cicatrices de brûlures qu'il a aux jambes seraint-elles, au contraire, des traces d'une première affection? Il serait possible de le supposer, bien que l'anamnèse n'appuie aucunement cette hypothèse. La nombreuse et saine progéniture du malade rend peu probable la supposition d'une contagion contractée peu avant ou depuis son mariage, et cela sans qu'il en sût rien. Aurait-il contracté le mal depuis la naissance de son dernier enfant, sans avoir répandu la contagion dans sa famille? Cela est absolument inadmissible pour qui connaît la manière de vivre du paysan finlandais. Et l'homme fait l'impression d'être parfaitement digne de foi. Mais après tout, il n'est pas précisément rare qu'une syphilis invétérée parfaitement caractérisée ne puisse être ramenée à une origine bien établie.

Doct. **Bruno Ehaves** (Brésil):

Du traitement spécifique de l'érysipèle.

Aussitôt connus, au Brésil, les travaux de M. Unna, d'Hambourg, sur l'ichthyol, mon éminent maître M. da Selva Araújo et moi, alors son chef de clinique à son service à la polyclinique de Rio Janeiro, nous nous sommes mis à étudier la valeur thérapeutique de l'ichthyol sur plusieurs dermatoses. Je ne veux parler ici que des résultats inattendus que nous avons obtenus dans l'érysipèle. Nous avons employé ce médicament sur le vrai érysipèle avec d'excellents résultats, mais surtout dans l'érysipèle blanc ou lymphangite propre des pays chauds, nous avons obtenu des résultats tels que nous pouvons engager nos confrères à considérer l'ichthyol comme un médicament spécifique dans la cure de cette maladie.

Il est très commun au Brésil de voir des personnes atteintes de ces lymphangites, dont les accès durent plusieurs jours.

Nous avons essayé dans notre service beaucoup de médicaments conseillés pour sa guérison, surtout la quinine et le perchlorure de fer en solution normale (30′ degrés aréomètre Beaumé). Les résultats n'étaient pas mauvais, mais les accès revenaient presque toujours avec intervalles de santé plus ou moins éloignés, selon les conditions des malades, et le traitement était rigoureusement observé.

On connaît les minutieuses études du professeur Da Silva Araújo sur l'éléphantiasis et son procès de traitement de cette affreuse maladie. J'ai eu

l'occasion de voir et d'observer de nombreux malades, et dans la grande majorité des cas, quand on pouvait obtenir des renseignements précis sur l'origine et le commencement de la maladie, qui quelquefois datait à l'entrée des malades dans le service, de cinq, dix, vingt, trente ans, on pouvait constater que le mal commençait par des accès d'érysipèle, dont les poussées devenaient chaque fois plus fréquentes jusqu'à la formation du fibrome diffus (d'après le professeur Virchow).

Après cette formation, ces accès continuaient sans une régularité constante.

L'ichthyol, employé par nous depuis plus de sept ans dans un grand nombre de cas, a guéri complètement les accès les plus rebelles, qui se suivaient très fréquemment et qui décourageaient les malades, qui depuis longtemps se soignaient par plusieurs méthodes.

Les traitements étaient plutôt palliatifs que curatifs.

Quand, au commencement de nos études, après plusieurs observations, nous garantissions aux malades leur guérison définitive, quelques-uns ne voulaient pas croire, tellement cette maladie était souvent opiniâtre.

Nous employons l'ichthyol en sirop, à l'un pour cent (deux cuillerées à bouche par jour), ou en pilules de 0.10 ou 0.20 centigrammes chacune. A l'extérieur, lotions avec le savon d'ichthyol. A chaque accès d'érysipèle, le fibrome diffus augmentait.

M. da Silva Araújo, dans une communication au deuxième Congrès international de Dermatologie tenu à Vienne, a dit qu'il ajoutait à son procès de traitement de l'éléphantiasis (compression et électro-puncture) l'emploi de l'ichthyol. Ce médicament agit aussi comme préventif, et comme tel il a empêché plusieurs individus d'être atteints, soit de nouveaux accès, soit de l'éléphantiasis.

Si nous ajoutons à ces brillants résultats obtenus dans cette maladie commune aux pays chauds, ceux obtenus dans la guérison du vrai érysipèle, commun à tous les climats, je crois que je n'ai pas trop abusé de l'attention de mes collègues en leur apportant une communication de valeur pratique. C'est la seule raison qui m'a fait demander la parole.

Prof. **G. Di Lorenzo** (Napoli):

Sulla efficacia ed innocuità delle iniezioni mercuriali ipodermiche e parenchimali, specie dell' albuminato d' Hg *nella sifilide generale ed ereditaria.*

Conclusioni

1. Nella cura della sifilide generale, massime in forma grave, e nella stessa ereditaria dei bambini, il metodo mercuriale ipodermico e parenchimale è da accettarsi a preferenza per la facilità dell'assorbimento e la prontezza degli effetti.

2. Per tal cura i sali mercuriali solubili sono da prescegliere, e, per propria esperienza, meglio l'albuminato di mercurio che il sublimato o l'istesso succinamide mercuriale.

3. La perfetta antisepsi, la dose piccola del medicamento per ogni iniezione, con l'aggiunta di gocce di glicerina, sono precauzioni nella tecnica che risparmiano dolori ed ascessi nel sito delle punture.

4. L'idrargiria, ed il catarro delle prime vie, specie nei bimbi, ed altre complicanze sono assai rare con questo metodo.

5. La cura si espleta in media con 40 a 50 iniezioni, sebbene il numero possa essere minore nei bimbi ed eccezionalmente maggiore negli adulti, nei casi rari di recidiva.

6. L'uso interno dei mercuriali, le frizioni, i bagni ed altre cure di mercurio, indicati più nelle forme croniche e lente della sifilide, non possono soppiantare, salvo eccezioni, per sollecitudine, ove necessita, le iniezioni tanto ipodermiche che parenchimali di mercurio.

Dott. **P. Colombini** (Siena):

La natura dell'ulcera venerea.

Risulta evidente dagli studii dell'A., che suffragano ipotesi ed esperienze di altri, essere il bacillo di Ducrey la stessa, identica cosa del bacillo di Unna: la identità di questi due bacilli, ieri negata o posta in dubbio, deve oggi venire ammessa in modo irrefutabile e riconosciuto.

I tentativi di Mazza, come quelli dell'A., indirizzati ad ottenere la coltura del bacillo dell'ulcera venerea in mezzi nutritivi artificiali, prendendo il bacillo stesso da una pustola contenente esclusivamente il bacillo di Ducrey, rimasero infruttuosi. Ond'è che per oggi, secondo l'A., altro non resta se non il voto che provando e riprovando si riesca da qualche più fortunato autore a coltivare fuori dell'organismo questo, che egli chiamerebbe strepto-bacillo dell'ulcera venerea o strepto-bacillo di Ducrey.

Dott. **P. Colombini** (Siena):

Un caso di leuconichia (canities unguium).

Il paziente che presentava la particolare e rara alterazione delle unghie di cui imprendo ora a parlare, era un uomo sano e robusto, certo Salvadori Nicolò, di anni 32, venditore ambulante, il quale asseriva di non aver notato una affezione simile in alcuno di sua famiglia e di non ricordarsi affatto e di non sapere per nulla precisare l'epoca della comparsa in lui di tale alterazione, avendo sempre, anco nella fanciullezza, notato questo particolare colorito delle unghie sue.

Le tre sorelle di lui, sane tutte e viventi, non presentano affatto alterazione veruna alla sua simigliante. La madre, morta di ileo-tifo, ebbe le unghie del tutto normali e il padre pure, tuttora vivente e sano e robusto, mai ebbe ad osservare lesioni simili a quelle del proprio figlio. Egli però ha veduto incanutirsi precocemente i capelli ad aree più o meno estese. Racconta che alla età di 30 anni circa si notavano, in mezzo alla grigia e folta capigliatura sua, quattro o cinque ciocche di capelli, alcune della dimensione di una moneta di 10 centesimi, altre di quella di una moneta da 5 lire, assolutamente bianche. I capelli che stavano all'ingiro

di queste ciocche bianche erano grigi, con grande predominanza dei capelli bianchi su i neri. Non sa attribuire ad alcuna causa fisica o morale questo precoce incanutimento a ciocche dei suoi capelli.

Il paziente nostro nulla presenta di simile; i capelli di lui sono abbondanti e scuri, e frammezzo ad essi niuno bianco se ne riscontra. Egli assicura di aver goduto sempre salute perfetta e di non aver sofferto di geloni nè alle mani, nè ai piedi. Le unghie dei piedi del resto sono affatto normali. L'unica alterazione che nel corpo suo si riscontra risiede nelle unghie delle mani. Esse si presentano di un colore bianco opaco, di un colore simile a quello d'avorio, per nulla trasparente; e questa opaca bianchezza si osserva in tutte le unghie di ambo le mani e in tutta la estensione di ciascuna unghia. Nessuna unghia si presenta più o meno bianca delle altre, ma tutte nello stesso grado e per tutta la estensione loro offrono identico eburneo aspetto. Per quanto sotto varii punti di luce vengano tutte le 10 unghie delle mani osservate, vediamo ogni unghia presentare tale eburnea bianchezza uniforme ed ugualmente intensa in tutta la sua estensione. Solo nelle unghie di ambo le dita medie la lunula è riconoscibile per avere essa l'aspetto come di una falce più biancastra; nelle altre unghie questo fatto non si osserva. Tutte le unghie si mostrano un po' appiattite e non curve nel loro mezzo come normalmente si osserva, ma esse si presentano del resto tutte quante ugualmente regolari e lisce nella loro superficie. Tali unghie però non si mostrano grosse e spesse come di regola, ma piuttosto fine, e la loro consistenza, esaminata a livello del loro bordo libero, mostra come esse non presentino quella durezza cornea che normalmente si osserva.

Il rapporto di tali unghie con i tessuti su i quali riposano è del tutto normale in ciascuna, e la pelle che le unghie circonda, non presenta nè ha presentato giammai alterazione veruna, veruna anormalità.

Nessuna delle 10 unghie aventi questo speciale aspetto, questo anomalo carattere ha dato mai alcuna molestia al paziente; nè egli vi ha provato mai alcun dolore, nè egli vi ha notato mai alcun fenomeno infiammatorio o qualsiasi altra modificazione o alterazione. Egli ha veduto sempre le unghie delle sue mani con i descritti caratteri, che non han subìto mai alcun cambiamento, con questa bianchezza, che non ha presentato mai una intensità maggiore o minore, che non è stata modificata mai neanche da pressioni esercitate su le unghie stesse. Anche il loro accrescimento si è sempre fatto e continua a farsi in maniera del tutto normale e in nulla differente da quello che d'ordinario si osserva.

Ho tagliato piccole porzioni di unghie dal loro margine libero, ed alcune le ho tenute in alcool assoluto e poscia nell'etere, altre nel liquido di Flemming, altre le ho esaminate, senza alcuna preparazione preliminare. Dopo averle tutte quante incluse in celloidina ho praticato le sezioni di esse al microtomo e le ho esaminate, alcune previa colorazione con gli ordinarii metodi e le comuni sostanze coloranti, altre senza alcuna colorazione.

Con questi procedimenti ho potuto vedere che lo strato medio delle unghie si presentava di solito quasi normale, non riuscendo a rilevare mai veruna anormalità nelle cellule ungueali sia per la disposizione loro che per la loro struttura. Solo osservando questo strato a luce riflessa e in sezioni semplicemente trattate con alcool ed etere si vedeano fra cellula e cellula numerosissimi ma piccoli punti oscuri, che veduti a luce diretta apparivano

altrettanti punti lucenti ed erano evidentemente piccole cavità contenenti aria. Queste cavità, ripeto, per quanto piccole generalmente in questo strato, erano però numerosissime.

Passando dallo strato medio ad esaminare tanto lo strato superiore che lo strato inferiore della sezione di un'unghia, ho potuto vedere che i numerosi ma piccoli vacuoli della porzione centrale si facevano generalmente, nei due strati che ho detto, cavità se non più numerose certo di gran lunga più ampie. Tali cavità, ora isolate e non molto grandi, ora assai ampie e formate come dallo aggruppamento, dalla fusione di varie cavità più piccole, si presentavano di preferenza in numero maggiore nello strato inferiore, mentre di regola si vedeano in numero minore e generalmente più piccole nello strato superiore. Anche in questi strati, osservata la sezione dell'unghia, tenuta solamente nell'alcool e non sottoposta ad alcuna colorazione, a luce riflessa, ho veduto queste cavità presentarsi come macchie oscure più o meno grandi, mentre a luce diretta le cavità che prima apparivano scure le vedevo divenire lucenti. Anche in queste porzioni di unghia con le sezioni colorate, non sono riuscito a porre in evidenza alterazioni nelle cellule ungueali, tanto per la loro struttura che per la loro disposizione. Le irregolari e più o meno ampie cavità sopra notate sembravano dovute come a perdita di sostanza, come alla distruzione in quel punto di varie cellule.

Il reperto che ho riferito relativamente a queste cavità riscontrate nel tessuto delle unghie presentanti la singolare alterazione di colorito descritta, non l'ho però avuto costante in tutte le sezioni delle unghie esaminate, inquantochè in talune di queste ho potuto osservare varie ampie cavità nello strato inferiore della lamina ungueale, occupanti un po' più o un po' meno della metà dello spessore dell'unghia, cavità che più piccole andavano facendosi più in alto fino a che più non si vedeano nello strato più superficiale dell'unghia, che si presentava di aspetto assolutamente normale. Ciò in varii preparati ho potuto vedere, per quanto il reperto più costante fosse quello che ho per primo descritto. Costantemente poi vidi le ampie cavità andare impicciolendosi mano mano che portava il mio esame sempre più in vicinanza dei margini laterali delle unghie.

Da quanto ho detto fin qui posso inferire che le alterazioni istologiche riscontrate in queste unghie di apparenza normale, ma singolarmente alterate nel colorito loro, si riassumono nella presenza, nel tessuto ungueale, di cavità anormali contenenti aria, e che apparivano come parti oscure o lucenti, a seconda che venissero osservate a luce riflessa o diretta, e che, non avendo trovato altro che possa spiegare l'aspetto speciale, la eburnea bianchezza delle unghie stesse, questa deve necessariamente essere attribuita alla porosità anormale dell'unghia e alla anomala presenza di aria nello interno del tessuto ungueale. Si comprende poi come questa minor compattezza del tessuto corneo e questa anomala presenza di cavità ripiene di aria debba necessariamente dare al tessuto ungueale stesso una consistenza ed una durezza minore.

Per quanto non sia il primo caso che della particolare alterazione delle unghie già descritta è stato osservato, pure ho creduto non inutile cosa riferire pur questo che mi è capitato di osservare e che ho potuto con cura studiare clinicamente e istologicamente, giacchè è ancora ben

scarso il numero dei casi che fino ad oggi nella letteratura sono stati registrati. Se alcuno non ne è sfuggito alle mie minuziose ricerche, non si conoscerebbero nella letteratura che altri due casi simili, descritti uno dal Giovannini [1]), l'altro dall'Unna [2]). Il mio adunque non sarebbe che il terzo fin oggi conosciuto.

Anche in questi casi la eburnea bianchezza delle unghie era dovuta alla porosità anormale di esse e alla anomala quantità di aria nel loro interno contenuta. Questo fu pure il reperto di Giovannini e di Unna, e a nulla altro che a questo fu attribuito anche da questi autori il particolare aspetto delle unghie osservate. « On sait, dice il Giovannini, que d'après la loi physique bien connue de la réflexion totale, les lames douées d'une certaine transparence, comme peuvent être précisément considérés les ongles, prennent nécessairement un aspect blanc opaque, alors que, comme dans le cas en question, elles se trouvent compénétrées par un grand nombre de bulles d'air. »

A questo punto sorge spontanea una domanda: Posto fuor d'ogni dubbio che questo aspetto eburneo delle unghie a niente altro sia dovuto che alla anomala presenza di aria nello interno delle unghie stesse, come è che avviene questa straordinaria ed eccezionale penetrazione di aria nello interno del tessuto ungueale? A questa naturale domanda neppure oggi siamo in grado di rispondere. Microscopicamente abbiamo veduto che le cellule ungueali sembravano normali tanto per la loro forma, quanto per la loro disposizione; e non vi è adunque da pensare ad altro, con Giovannini, che ad una alterazione nella stuttura intima del tessuto ungueale, tale da permettere la penetrazione nel loro interno di così grande quantità di aria; non vi è da pensare forse ad altro che ad un abnorme processo di corneificazione delle cellule, alterazione che non sappiamo poi veramente in che cosa consista, che fino ad oggi è sfuggita ad ogni nostro esame e che neppure il microscopio ci ha per nulla saputo far rilevare.

Questa alterazione delle unghie considerata tanto sotto il rapporto della sua apparenza, quanto sotto quello della sua etiologia, è dal Giovannini ritenuta analoga a quelle macchie bianche opache in forma di punti o di strie trasversali, le quali dai dermatologi sono state denominate albugo, flores, leucopathia unguium ecc., e volgarmente dette bugie. In questa comune leucopatia, infatti, come nel caso da me qui sopra descritto, e come nel caso osservato dal Giovannini, l'alterazione si presenta con un identico aspetto bianco-opaco della lamina ungueale, ed oltre a ciò, anche nella leucopatia comune, secondo quanto il Morison [3]) ha dimostrato, come pure nella lesione da me sopra descritta, il singolare aspetto è dato dalla presenza di aria nell'interno del tessuto ungueale. Però, come giustamente anche il Giovannini fa rilevare, la leucopatia comune per due importanti particolarità si differenzia dalla affezione poc'anzi descritta, e che dànno a quest'ultima il carattere di una vera e propria deformità, e cioè l'esten-

[1]) S. Giovannini, Un caso di canizie ungueale, Comunicazione fatta alla Regia Accademia di medicina di Torino nella seduta del 12 giugno 1891 — Riforma medica, anno VII°, 1891, vol. II, pag. 865 — Canities unguium: Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, fasc. VI, 1891; Leopold Voss, Hamburg und Leipzig.

[2]) P. G. Unna, Leukonychia et Leukotrichia: Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, fasc. VI, 1891; Leopold Voss, Hamburg und Leipzig.

[3]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, 1888, p. 3.



sione in quest'ultimo caso del color bianco d'avorio a tutta quanta l'unghia e a tutte le unghie di ambe le mani insieme e la sua stabilità e durata.

Sembrando giustamente al Giovannini che l'alterazione descritta debba esser riconosciuta della stessa natura della comune leucopatia, ma che d'altra parte per le esposte ragioni debba esser considerata come una varietà ben distinta di questa affezione, egli propone di contraddistinguere questa alterazione delle unghie col nome di *canities unguium*, denominazione che a lui sembra giusta per indicare l'apparenza, l'estensione e la persistenza della alterazione. Anche per rapporto alla patogenesi sembra al Giovannini esatta tale denominazione, poichè fra le cause della canizie è pure notata una penetrazione anormale di aria nei peli, abnorme penetrazione di aria che appunto nel caso descritto ha determinato il color bianco-opaco assunto dalle unghie.

Unna invece per il caso da esso osservato e descritto, e che ritiene rappresenti la stessa malattia di quello descritto da Giovannini, non crede di potere accettare il nome di *canites unguium*, perchè sotto la parola canizie si comprende una involuzione di età, producentesi con l'andar del tempo e niente affatto uno stato durevole. D'altra parte nella canizie il pigmento naturale subisce una involuzione che non può essere ammessa nei casi di Giovannini, di Unna e mio, per la ragione che l'unghia non contiene pigmento.

E la ipotesi del Giovannini non può, secondo Unna, essere ammessa anche perchè nel caso di quest'ultimo l'alterazione delle unghie era accompagnata da alterazione analoga dei capelli ed alla quale non potevasi in niun modo applicare la idea che fin oggi ci siamo sempre fatta della canizie.

Per queste ragioni Unna impiega un termine più generale, che qualifica l'aspetto clinico della lesione, senza pregiudicare la questione della patogenesi; ed anch'io per queste giuste ragioni accetto, per il caso mio, la denominazione proposta da Unna e chiamo la affezione sopra descritta col nome di *leuconichia*.

Dott. **T. Sechi** (Cagliari):

Sulla topografia del tessuto elastico nella pelle normale dell'uomo adulto, con dimostrazione di preparati microscopici.

Signori! Stante la brevità del tempo concessomi tralascio l'esame delle altre pubblicazioni fatte antecedentemente su questo argomento; dico solo, che, in tesi generale, i miei risultati son concordi con quelli del Balzer, del Sederholm, del Zenthoefer, del Behrens e dello Sperino, e che me ne discosto in certe particolarità o non ammesse o non fatte rilevare da essi.

Ho esaminato le più svariate regioni della pelle, col metodo Unna-Taenzer, e m'è riuscito di trovare il tessuto elastico in tutte, anche nelle palpebre, dove non è riuscito il Behrens.

Ecco intanto il riassunto:

1. *Corpo papillare.* — Le fibre elastiche si trovano in ogni corpo papillare, o meglio, in ogni spazio papillare, sia grande o piccolo. Dico spazio papillare, perchè le fibre non sono soltanto nel corpo delle papille, ma anche attorno a queste.

La direzione delle fibre è data dalla direzione dello spazio papillare. Esse sono quindi come questo perpendicolari od oblique. Negli spazii larghi però tendono a disporsi trasversalmente, cioè parallelamente alla superficie cutanea ed alla curva epiteliale inferiore.

La quantità e la grossezza delle fibre è in generale proporzionata alla grandezza e all'altezza degli spazii papillari, e perciò le fibre sono tanto più numerose e grosse quanto più è grande ed alto lo spazio papillare. Può verificarsi anche il contrario, trovarsi cioè fibre grosse e numerose anche in spazii papillari piccoli. E ciò accade specialmente in quelle regioni (per esempio, polpastrello delle dita, letto ungueale, calcagno) in cui avvengono forti pressioni ed è molto sviluppato il sistema papillare.

Il grado di ondulazione è nullo o poco pronunciato negli spazii papillari stretti, conici ed alti; cresce mano mano che gli spazii si fanno più larghi, fino a costituire un piccolo reticolo.

(Qui apro una piccola parentesi, per far rilevare l'importanza di questi fatti. Le papille sono organi destinati a grande variabilità di volume; sono inoltre sottoposte ad allungarsi, ad allargarsi, a spostarsi in varii sensi, secondo gli urti e le pressioni. Ora esse non potrebbero nè variar di calibro, nè spostarsi se non fossero aiutate e come protette dalle fibre elastiche, se da queste insomma non ricevessero la facoltà di ripigliare il calibro e il posto naturale. Ciò spiega il perchè le fibre elastiche sono molto sviluppate in quelle regioni in cui le papille sono sottoposte a continui stiramenti e pressioni).

Le fibre in genere rimangono limitate al corpo papillare e tra queste e lo strato delle cellule cilindriche si trova una linea bianca di separazione. Questo fatto però non è costante. Spesso questa linea di separazione non esiste, e le fibre rasentano e toccano l'epitelio, e spesso anche si inframettono in questo. (Fatto che si verifica specialmente in quei punti dove la pelle va soggetta a pressioni e stiramenti, e che perciò conferma le sopraddette deduzioni). Potrebbe obiettarsi, che questo è un fatto più apparente che reale, perchè è molto evidente nelle sezioni oblique. Ma oltrechè questa non sarebbe un'obiezione seria, il fatto si verifica anche in sezioni perpendicolari, e, inoltre, anche quando esiste la linea di separazione. Le fibre, in genere, penetrano soltanto col primo strato, ma talvolta anche vanno un poco più in dentro. Le terminazioni intraepiteliali non si trovano soltanto negli spazii papillari, ma anche, sebbene più raramente, in tutta la linea epiteliale inferiore; ed esistono anche nei peli, in quei punti in cui manca il follicolo connettivale e la guaina elastica è in intimo contatto colle guaine epiteliali. (Anche questo, a conferma delle precedenti deduzioni).

2. *Derma subpapillare.* — In questa parte si osserva una maggiore varietà nella distribuzione delle fibre elastiche. Pare che esse tendano ad aggrupparsi diversamente, secondo i diversi territorii della superficie cutanea, per costituire differenti tipi.

Non pretendo di fare una classificazione, ma ecco a ogni modo alcuni di questi *tipi*, quelli che mi sono sembrati i più caratteristici:

α) Il più caratteristico, che non ho riscontrato altrove, l'ho osservato nelle regioni della faccia (fronte, sopracciglia, palpebre, guancie, labbra, mento, pinne nasali, e anche nel lobulo dell'orecchio).

Quivi abbiamo il tipo che io chiamerò, per non aver trovato migliore espressione, *a batuffoli* o *a cuscinetti*, perchè le fibre sono sì strettamente

aggomitolate, che sembrano batuffoli o cuscinetti elastici. Le fibre inoltre sono quivi in quantità superiore a quella delle altre regioni. Se vogliamo fare il confronto con le parti sopra e sottostanti, troviamo: scarso sviluppo delle fibre nel derma-papillare, mediocre (ma *non* relativamente alle altre regioni) nel derma reticolare.

β) Un secondo tipo lo troviamo nelle superfici cutanee a derma molto spesso, poco spostabili, e soggette ad attriti e pressioni (reg. posteriore, collo, dorso, spalle, natiche, superf. est., braccia, coscie ecc.). In queste regioni, in cui la parte papillare è anche discretamente sviluppata, troviamo nella parte subpapillare, uno strato fitto di fibre che rasenta e segue le ondulazioni dello strato generatore e più sotto un altro strato di fibre parallele alla superficie cutanea, molto grosse, numerose e meno compatte.

γ) Un altro tipo che si avvicina al precedente, ce lo offrono alcune regioni (palmo delle mani, polpastrello delle dita, letto dell'unghia, calcagno, pianta del piede) anch'esse soggette a pressioni forti e in cui è molto sviluppato il sistema papillare. Qui osserviamo pure un fitto strato di fibre elastiche, che costeggia la curva dell'epidermide, e fa corpo collo strato papillare molto sviluppato. Tale strato si distingue nettamente da un sottoreticolo della parte mediana del derma, in cui per contro predomina il connettivo fibroso, e dall'altra rete, molto più sviluppata del derma reticolare e del tessuto sottocutaneo.

δ) Il ginocchio potrebbe servire come altro tipo, essendo tutto intiero il derma subpapillare e reticolare costituito quasi esclusivamente da una fitta rete elastica parallela alla superficie cutanea. E al ginocchio si potrebbero avvicinare le superfici interne della pelle, mólto mobili e sottili, in cui il derma è costituito quasi esclusivamente da connettivo reticolare, ricchissimo di fibre elastiche.

ε) Un altro tipo ce lo potrebbe pure dare il prepuzio, che, se per l'abbondanza e disposizione delle fibre può essere paragonato al lobulo dell'orecchio, si distingue da questo e da tutte le altre regioni per la ***ricchezza di ondulazioni delle fibre.*** (Ciò che si spiega facilmente, pensando alla sua funzione).

E così di seguito.

3. ***Derma reticolare.*** — Le fibre sono più grosse che nelle altre parti della pelle. Sono disposte a maglie losangiche, più o meno strette secondo lo spessore dei fasci collageni che racchiudono. La maggiore o minore abbondanza dipende dal maggiore o minore sviluppo di questo connettivo. Così nelle regioni in cui la pelle è mobile e sottile, troviamo che le fibre elastiche sono molto sviluppate nel connettivo reticolare, perchè è molto sviluppato questo, ed è scarsissimo il connettivo fibroso compatto. Nelle regioni in cui la pelle è spessa e poco mobile troviamo molto sviluppato tanto il connettivo compatto quanto il reticolare, e perciò vediamo molto sviluppata la rete elastica in tutti e due gli strati. Invece nelle regioni in cui lo strato fibroso è molto sviluppato e compatto (calcagno, unghia, ecc.), le fibre elastiche sono scarse in paragone dell'abbondanza che si trova al connettivo reticolare. Ed è vera anche la proporzione inversa. Dove (faccia) il connettivo fibroso è poco compatto e poco sviluppato, quantunque grande lo spessore del derma, ivi è sviluppatissimo il tessuto elastico. Insomma « esiste sempre una proporzione inversa tra il connettivo fibroso ed il tessuto elastico ».

Parrebbe che tra questi due tessuti esista una specie di antagonismo. Ma questo non è vero. Vi è invece armonia di intendimenti. Nella faccia e nel prepuzio, per esempio, non essendovi bisogno, come nelle dita, nelle unghie, nel calcagno, nelle spalle ecc., di grande solidità per resistere alle pressioni ed agli urti, il tessuto fibroso è poco sviluppato; mentre al contrario, essendovi bisogno di libertà di movimenti, di cedevolezza, vi è molto sviluppato il tessuto elastico.

4. *Tessuto sottocutaneo.* — Troviamo il tessuto elastico abbondantissimo sotto i follicoli peliferi, nei gomitoli delle ghiandole sudorifere, e fra le aiuole di grasso. Non sto a ripetere particolarmente ciò che dissi sui peli e sulle ghiandole; basta che ricordi, che questi organi sono avvolti da una guaina elastica, costituita di fibre longitudinali e trasversali. Le zolle di grasso sono separate da sepimenti elastici più o meno spessi, che partono dalla fascia superficiale, anch'essa costituita per la massima parte di fibre elastiche. Il tessuto elastico è tanto più abbondante quanto più la pelle è provvista di peli e ghiandole e quanto più è aderente alla fascia, è invece scarso in quelle regioni in cui la pelle è lassamente connessa ai tessuti sottostanti.

Tutto questo si spiega facilmente pensando, che, nell'ultimo caso, il tessuto elastico è perfettamente inutile, mentre nel primo è necessario per dare agli organi la necessaria libertà di movimenti per resistere alle pressioni ed adempiere alle loro funzioni (esempio splendido, la pianta del piede).

Volendo dunque venire a una conclusione generale della funzione del tessuto elastico, non avrei dunque a ripetere che quello che si sapeva. Si potrebbe tutt'al più allargare l'idea dell'elasticità, dicendo che questa è una funzione in modo speciale protettiva. Difatti, il tessuto elastico, dando alla pelle e ai suoi organi la facoltà di muoversi, di spostarsi, negli stiramenti e nelle pressioni, e di ripigliare la loro posizione naturale appena cessate tali azioni, protegge anche indirettamente la pelle e gli organi contro tali azioni.

Prof. **Sapiesko** (Kiew):

Traitement des défectuosités de l'urèthre par la transplantation de la muqueuse.

Le traitement des grandes lésions de l'urèthre, malgré les progrès immenses réalisés par la chirurgie contemporaine, n'a été jusqu'à maintenant que peu étudié. Cependant, par le seul fait que cette maladie se rencontre très souvent, elle a tous les droits à notre attention.

Il y a deux groupes principaux de lésions de l'urèthre: les lésions congénitales, comme les rétrécissements, les occlusions du canal, l'hypospadias et l'épispadias, et les lésions acquises. Ces dernières résultent de causes multiples et très variées; les différentes sortes de traumatismes, les processus gangréneux et ulcéreux provoquent des variétés multiples d'affections de cette espèce; et l'on sait combien la littérature spéciale est riche en cas variés de ce genre.

Dans les cas où la muqueuse de l'urèthre est complètement absente sur une grande longueur et où, par conséquent, le canal est infranchissable, il nous est presque impossible de rétablir le canal dans un état aussi

franchissable qu'il l'est normalement; dans la plupart des cas le but de notre intervention est alors la formation d'une fistule artificielle et sûre; mais même le traitement radical de quelques rétrécissements présente de grandes difficultés.

Grâce à l'étude approfondie de la dilatation et de l'uréthrotomie interne, nous pouvons actuellement traiter avec grand succès les rétrécissements les plus étroits, à condition qu'ils ne soient pas très étendus.

Mais une fois que le défaut de continuité de la muqueuse dépasse une certaine limite, il est tout à fait impossible d'arriver à une guérison radicale ni par la dilatation, ni par l'uréthrotomie interne; la majorité des chirurgiens les plus habiles, qui ont épuisé tous les moyens dont nous disposions jusqu'à ces derniers temps, n'hésitent pas à l'avouer franchement. Aussi nous devons chercher une autre voie pour réaliser des progrès sous ce rapport.

Les tentatives hardies de quelques chirurgiens (Heusner[1]), Podrièse) pour réséquer la partie indurée du canal présentent un grand pas en avant dans le traitement des rétrécissements serrés. Le progrès ultérieur dans cette direction s'est manifesté par la tendance à suturer les bouts du canal ainsi réséqué, pour éviter à l'avenir un rétrécissement cicatriciel annulaire aussi court qu'il soit. Mais, malheureusement, ces deux procédés ne se complètent l'un l'autre que dans les cas où la résection du canal ne produit qu'une solution de continuité dont la longueur ne dépasse pas un à deux centimètres.

Le moyen le plus logique, qui semble indiqué par l'affection elle-même, pour traiter une perte de substance de quelque tissu qu'elle provienne, serait de la combler. La longue histoire des traitements des défauts de continuité de la peau démontre qu'après avoir essayé tous les moyens nous ne sommes entrés dans la vraie voie qu'en suivant la brillante idée de Réverdin, qui consiste à combler les pertes de substance de la peau.

L'histoire du traitement des pertes de substance de la conjonctive n'en est pas moins longue et instructive.

Après avoir en vain épuisé toute notre ingéniosité pour utiliser l'élasticité naturelle des tissus, nous sommes arrivés à la conviction que la nature nous a posé dans cette voie des limites très restreintes, et que la méthode de distension des tissus (comme dans le cas de suture des paupières, etc.) tout en promettant beaucoup ne donne en définitive que fort peu; aussi sommes-nous exposés à des récidives dans les cas où les défauts de continuité des tissus ont une certaine étendue.

Si nous avons si peu de succès lorsque nous luttons contre les pertes de substance des tissus recouvrant les organes, où le volume de l'organe recouvert présente un obstacle constant pour le raccourcissement ultérieur des téguments; si l'effort continu que manifeste à chaque instant le muscle orbiculaire ne suffit pas à dilater la paupière primitivement raccourcie de façon à lui permettre de recouvrir la cornée; si, enfin, l'action dilatatrice, aussi graduelle que possible cependant, ne suffit pas à distendre la peau voisine jusqu'à la limite désirable et n'est pas à même d'empêcher la rupture de la cicatrice et la plaie inguérissable qui en résulte, à plus forte raison

[1]) Lajons's Annali, 1883, p. 218.

on ne peut compter sur un succès, en présence de pertes de substance des téguments, où, à défaut des conditions si éminemment favorables et agissant d'une façon tout à fait constante, telles que le volume de l'organe recouvert, l'action de la cicatrice et celle des muscles, nous ne pouvons jusqu'à présent que recourir à l'introduction d'une bougie laissée en place pendant un court laps de temps ou à une dilatation forcée et unique.

Combler les défauts de continuité des téguments, voilà la seule voie rationnelle et, par conséquent, indiscutiblement sûre pour obtenir une guérison radicale des larges pertes de substance des téguments, comme celles de l'urèthre dont il s'agit ici.

On m'objectera, peut-être, que l'incertitude du succès, que les risques courus par le malade feront souvent hésiter le chirurgien. Je répondrai en me basant sur toute la brillante histoire de la chirurgie, que ces hésitations se sont répétées au début de beaucoup de questions qui devaient dans la suite enthousiasmer les chirurgiens, et j'aurai l'audace d'affirmer que dans très peu de temps la question qui nous occupe aura aussi le même sort.

Les hésitations actuelles s'expliquent par le défaut de données positives touchant les conditions de succès de la greffe de la muqueuse, et c'est cette lacune, messieurs, que je veux essayer de combler dans mon présent mémoire.

Il y a huit ans que je m'occupe de la greffe de la muqueuse.

Ayant étudié d'abord l'historique de la question, j'y ai trouvé beaucoup de contradictions. D'une part, les déclarations formelles et réitérées de Wölfler sur les excellents résultats que donnait la greffe de la muqueuse chez le lapin avaient attiré à cette méthode un grand nombre de partisans: Reymond[1]), Beccer[2]), Wecker[3]), Massolon[4]), Schmidt-Rimpler[5]), Chon[6]), Reuling[7]), Pufahl[8]), Swancy[9]), Schöller[10]), Kaindl[11]), Noyes[12]). D'après ces auteurs la greffe de la muqueuse d'un animal — ordinairement d'un lapin — chez l'homme peut donner de bons résultats cliniques, comme l'a démontré la transplantation de la muqueuse dans la région de l'œil. Il y a très peu d'auteurs (Heiberg[13]), Imre[14]) qui n'aient pas eu de succès avec ces procédés. D'autre part, quelques auteurs, avec un nombre d'ailleurs insignifiant d'observations à l'appui (Czerny[15]), Illing[16]), Stellwag[17]),) prétendaient que même la muqueuse de l'homme pouvait être utilement greffée dans certaines conditions.

[1]) Annali di Oftalmologia, 1875, p. 41.
[2]) Wiener Med. Wochenschrift, 1874, p. 998.
[3]) Clinique Ophthalmique, 1874, p. 29.
[4]) Ibidem, 1875, p. 29.
[5]) Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. XIII, p. 212.
[6]) Nagels Jahresbericht, 1875, p. 430.
[7]) Virginia Medical Monthly, 1875, p. 114.
[8]) Nagels Jahresbericht, 1875, p. 223.
[9]) The medical Press and Circular, 1876, 26 Jan., p. 63.
[10]) Klinisch. Jahresb., 1876, p. 32.
[11]) Heilung des Symbléph. disease, 1876.
[12]) Centralb. f. Magenheilk. 1883, p. 158.
[13]) Jahresschrift Nagels, 1875, p. 223.
[14]) Klin. Monatsblätt. f. Augenh., 1876, 256.
[15]) Centralbt. f. medic. Wissenschaft, 1871, p. 257.
[16]) Allgem. Wiener med. Zeit., 1874, p. 993.
[17]) Impfung der Haut und der Schleimhaut, Dissert, 1884.

Tenté par l'espoir de pouvoir utiliser la muqueuse d'un animal, j'ai fait une série de transplantations chez l'homme avec la muqueuse prise à des lapins, poules, grenouilles, chiens, singes.

Dans tous ces cas la muqueuse se fixait, prenait même, mais finissait par s'atrophier déjà au bout du premier mois. C'est alors que j'essayai de me servir de la muqueuse de l'homme. En transplantant parallèlement et dans les mêmes conditions la muqueuse de l'homme et celle de l'animal dans l'espace intermarginal de la paupière, afin de guérir l'ectropion, et dans le sac conjonctival, afin de guérir le symblépharon, j'obtenais toujours le même résultat. La muqueuse de l'homme prenait parfaitement, quant à la muqueuse de l'animal, tout en commençant par se fixer, elle s'atrophiait rapidement. J'ai fait cinquante transplantations, en me servant surtout de la muqueuse de la lèvre humaine et en partie de celle du vagin pour combattre l'ectropion: je n'ai eu qu'un seul insuccès.

J'ai fait sept fois la transplantation de la muqueuse de la lèvre humaine pour en doubler la paupière nouvellement formée par la méthode plastique. Malgré toutes les conditions défectueuses de la nutrition du lambeau transplanté sur la paupière nouvellement formée, la greffe de la muqueuse a complètement réussi dans tous ces cas. Une fois je fus même obligé de refaire par la voie plastique et sur le même œil, en une seule séance, les deux paupières aussi bien que le cul-de-sac conjonctival entier, et le succès n'en fut pas moins complet. J'ai réussi huit fois à reconstituer entièrement le sac conjonctival après l'ablation de la conjonctive pathologiquement altérée. Voici des photographies de quelques-uns de mes malades que j'ai fait faire un, deux et même trois ans après l'opération, et qui montrent plutôt un excédant qu'un manque de muqueuse. Ayant acquis par l'expérience la certitude d'obtenir de bons résultats par la greffe de la muqueuse, j'ai essayé en 1890 de transplanter la muqueuse dans l'urèthre de l'homme. Cette tentative avait été provoquée par le mémoire de Wölfler communiqué au XVII[me] Congrès des chirurgiens allemands, où il affirmait avoir greffé toujours avec le même succès des muqueuses de différente nature et de différente espèce, comme celle de l'œsophage de pigeon, de l'estomac de grenouille, de la vessie, de l'œsophage et de l'estomac de lapin aussi bien que la muqueuse du vagin et du rectum humains.

Dans les trois cas qu'il communique dans son mémoire il s'agit d'une greffe des couches épithéliales de la muqueuse du vagin faite sur l'urèthre de l'homme, procédé qui lui a permis d'élargir considérablement l'urèthre rétréci à un très haut degré.

Ses malades pouvaient uriner d'une façon satisfaisante, quoique ces cas se fussent compliqués de fistules.

Sans entrer dans l'appréciation détaillée du procédé opératoire et de ses résultats, je trouvais que l'idée elle-même de l'opération était tout à fait rationnelle et à la première occasion j'essayai d'élargir le champ de mes greffes.

Cependant, sachant par ma propre expérience que la muqueuse provenant d'une autre espèce d'animal ne donnait pas de résultats satisfaisants chez l'homme, je me servis de la muqueuse labiale du malade lui-même. Voici l'histoire de ce malade. Michel Stanislavtchouk, 40 ans, admis à la clinique chirurgicale de la Faculté de Kiew. Il y a dix ans, le malade, sans aucune raison précédente, avait éprouvé de la difficulté à uriner.

Dans les premiers temps il ne pouvait uriner qu'en se servant du cathéter; ensuite même le cathétérisme était devenu impossible, et l'urine ne sortait plus que par gouttes.

Bientôt la rétention fut complète; un abcès se forma sur le périnée; cet abcès s'étant ouvert spontanément donna issue à une certaine quantité de pus mélangé de sang et d'urine. Depuis ce moment il ne sortait plus une seule goutte d'urine par le méat de l'urèthre; toute l'urine sortait par la fistule située au bord inférieur de la base du scrotum. Des bougies de gros ou de petit calibre ne pénétraient qu'à six centimètres de l'orifice extérieur; là elles étaient arrêtées.

Opération. — Une incision fut faite de l'endroit où s'arrêtait la bougie jusqu'à l'orifice de la fistule; cette incision divisait le scrotum sur la ligne médiane et de façon que les tuniques propres des testicules ne fussent pas entamées.

L'urèthre a été trouvé complètement fermé sur une longueur de 7-8 cm., mesuré avec mon index à partir de la base de la pars pendula pènis et finissant par la pars bulbosa.

Il n'y avait dans cette région à l'endroit de l'urèthre absent qu'un mince tissu cicatriciel et aucune trace de muqueuse.

J'ai enlevé à la lèvre inférieure du malade, en empiétant à droite et à gauche sur la région du pli génio-labial, un lambeau de muqueuse de 7-8 cm. de long et de 2-2 $^1/_2$ cm. de large et je l'ai fixé par des sutures en bas et en haut au bord du canal et sur les côtés aux tissus voisins. Dans le bout inférieur de l'urèthre, un cathéter à demeure est introduit pour le passage de l'urine. La plaie est laissée non suturée; la muqueuse est recouverte d'une mince feuille de papier métallique. Pansement. M'étant assuré que le lambeau avait bien pris j'ai procédé, le 17ième jour après la transplantation, à la fermeture de la plaie, en appliquant une suture étagée aux deux lèvres de la plaie scrotale; après quoi j'ai introduit le cathéter dans toute la longueur de l'urèthre.

J'avais eu le tort de faire les sutures profondes (au fond de la plaie?) au fil de soie et non au catgut, mais la nature elle-même a réparé cette faute: les fils furent éliminés quinze jours après, par la voie d'un petit abcès sous-cutané. Le malade urinait très bien par la verge. J'ai observé le malade pendant 4 mois.

Sur toute l'étendue de la région où la transplantation avait été faite, on pouvait introduire le n° 40 des bougies de la graduation française; la partie bulbaire ne laissait passer que le n° 30.

Deux ans après, j'ai appris du malade qu'il urinait bien et qu'il remplissait d'une manière satisfaisante les autres fonctions génitales.

Iérémeï Krijanovsky, âgé de 13 ans. Au mois de juin 1892, cet enfant tomba d'un arbre et dans sa chute sur une branche pointue se blessa le périnée. Il se forma une grande ecchymose; l'urine fut arrêtée. Quelques jours après, il se développa un énorme abcès sur la moitié droite de l'abdomen et du périnée.

L'abcès s'ouvrit et il en sortit de l'urine, du pus et du sang. Après cet accident l'urine ne sortait que par la fistule qui s'ouvrait près du bord interne du pli inguinal droit. En examinant l'urèthre nous avons trouvé que la sonde s'arrêtait à 10 cm. de l'orifice externe.

Opération. — Après avoir largement ouvert la fistule jusqu'à son bout central et ayant trouvé le bout supérieur de l'urèthre, j'ai pu constater que dans la région où la verge contourne en haut et en bas la symphyse pubienne, il y avait absence complète aussi bien des corps caverneux que de l'urèthre sur une étendue de 4 cm.

Après avoir enlevé le tissu cicatriciel, nous avions ainsi à l'endroit traumatisé une plaie dont le fond n'était formé que par la symphyse osseuse pubienne; au-dessus et au-dessous d'elle, séparés l'un de l'autre par un écart de 4 cm., commençaient les bouts de l'urèthre détruit. On ne pouvait soulager le malade que par une transplantation heureuse, mais les conditions étaient des plus défavorables puisqu'il fallait greffer le lambeau sur l'os. J'ai enlevé à la lèvre du malade un lambeau de muqueuse de 4 cm. de long et de 3 cm. de large, je l'ai fixé en haut et en bas aux bouts de l'urèthre interrompu, et à droite et à gauche aux tissus voisins. Ayant diminué les dimensions de la plaie par quelques sutures, j'ai introduit le cathéter dans le bout inférieur de l'urèthre pour le sortir par la plaie; et après avoir couvert la muqueuse de minces feuilles de papier métallique, j'ai fait le pansement. Il était difficile d'observer à travers un orifice externe étroit, comment la muqueuse prenait dans la plaie profonde. La plaie se rétrécissait de plus en plus pour atteindre enfin la dimension d'un orifice de fistule, mais elle tardait à se fermer complètement (comme cela arrive ordinairement).

De temps en temps on voyait sortir de la fistule des gouttes de pus. Deux mois après, ayant soupçonné qu'il était resté dans l'urèthre quelques fils de soie, j'ai dilaté l'orifice existant, et tous ceux qui assistaient alors à cette manipulation ont pu se convaincre, que la muqueuse avait très bien pris et qu'elle recouvrait la partie de l'urèthre détruit; l'urèthre nouvellement formé était si large que le docteur Katchkovsky et, ensuite, moi, nous pouvions parfaitement introduire nos petits doigts sur toute l'étendue de la transplantation. En effet, il s'est trouvé dans l'urèthre cinq fils de soie qu'on a été obligé de sortir. La plaie s'est complètement fermée quoique dans des conditions très défavorables du côté des téguments, beaucoup de tissu cicatriciel s'étant formé sur le périnée à la suite du traumatisme ancien et des abcès. A cause de cette circonstance aussi bien que des conditions défavorables à la guérison des fistules uréthrales, comme cela arrive toujours quand la couche des téguments n'est pas assez épaisse, une fistule capillaire subsista; le malade la recouvrait de son doigt et l'urine sortait parfaitement par le canal. Il fallait essayer de la fermer de nouveau, mais je fus obligé d'entreprendre un voyage à l'étranger.

Un malade du professeur agrégé Tomachevsky: Clémentie Grigorovitch. — Au mois de septembre 1889, le malade fut atteint d'un ulcère phagédenique du prépuce. Malgré les cautérisations répétées au fer rouge, malgré le grattage fait avec la curette tranchante, la plaie gagnait toujours en étendue. Dix-huit mois après, l'ulcère guérit, et quand le professeur agrégé Tomachevsky confia ce malade à mes soins, je constatai le tableau suivant: la peau de la verge faisait défaut à partir du gland jusqu'au scrotum; elle était remplacée par de minces cicatrices qui recouvraient les corps caverneux. Il en était de même de l'urèthre qui faisait également défaut à partir du gland jusqu'à la base du scrotum.

Quand le malade urinait, l'urine coulait le long du scrotum. Pour soulager le malade il fallait reconstituer un urèthre sur toute l'étendue, à partir du gland jusqu'au scrotum, et puis recouvrir toute la verge de peau. J'avais conçu d'abord le plan suivant: j'ai détaché du scrotum un lambeau assez grand avec pédicule, je l'ai doublé d'un lambeau de muqueuse de la lèvre supérieure du malade, ayant l'intention de former ultérieurement un urèthre de ce morceau. J'ai introduit le cathéter et j'ai fait un pansement. Mais il faut prendre en considération que le malade était un homme nerveux et très bizarre. Il retira aussitôt le cathéter, il ne voulait pas uriner au lit en présence d'autres malades et il allait le faire dans un cabinet situé très loin. Chaque nuit il n'avait pas moins de 6 à 8 érections. Il en résultait que le pansement se défaisait toujours et la muqueuse ne prenait pas. Au bout de quinze jours, j'ai agi de la façon suivante: J'ai fait l'uréthrotomie externe à travers le périnée. J'ai enlevé toute la mince cicatrice qui recouvrait les corps caverneux; j'ai emprunté à la lèvre inférieure un large lambeau de muqueuse, j'en ai formé le canal uréthral, dont j'ai fixé les bords par des sutures aux corps caverneux; quant aux bouts du canal je les ai suturés à l'orifice uréthral auprès du scrotum et du gland; j'ai enlevé au scrotum un lambeau assez long de peau dont j'ai enveloppé la verge sur toute son étendue. J'ai introduit le cathéter par l'incision périnéale. La verge enveloppée de plusieurs doubles de tarlatane fut rejetée vers le pubis et bien fixée par un pansement. Ni l'élévation de la température, ni aucun autre motif ne m'ont forcé d'examiner la plaie.

Pour obtenir une immobilité aussi complète que possible, ce qui est ici la condition principale du succès, je n'ai pas enlevé le pansement pendant 16 jours.

Le 17ième jour le pansement enlevé était sec, la peau avait pris partout, la verge avait l'aspect normal. Une bougie n° 40 Béniqué est entrée comme dans un urèthre normal.

La plaie périnéale guérit bientôt, le malade urinait librement et de la façon normale, et je pouvais introduire la bougie Béniqué la plus grosse, n° 60. Je l'ai examiné, la dernière fois, un an après l'opération. Les bougies Béniqué les plus grosses passaient librement. On ne peut remarquer qu'un seul défaut dans le résultat obtenu: au moment de l'érection la verge devient arciforme à convexité supérieure. Voilà l'exposé succinct des résultats de mes opérations.

Maintenant, je veux parler de quelques règles de technique que mon expérience me permet de formuler.

En général toutes les règles qui nous servent de guide dans la plastique cutanée pour former des lambeaux de peau pédiculisés s'appliquent également ici dans toute leur rigueur:

a) En taillant un lambeau de muqueuse nous devons lui donner les dimensions qu'exigerait une restauration cutanée faite dans le même but.

b) Il en est de ces greffes comme de tous les lambeaux de peau en général qui pris dans toute leur épaisseur deviennent moins capables de se contracter et atténuent le résultat immédiat.

c) Ce qu'il y a de plus simple et de plus commode c'est de transplanter des lambeaux sur une plaie récente.

d) Une fois que le lambeau ne couvre pas complètement la solution de continuité, il est inutile d'attendre son accroissement en largeur, le reste de la plaie se cicatrisera.

Quant aux conditions qui favorisent la prise définitive des lambeaux et à celles du traitement, on peut les résumer en deux mots: Au moment de la transplantation atteindre le moins possible les propriétés vitales des éléments, et après la transplantation laisser le plus possible le malade dans un repos absolu pour que chaque point du lambeau greffé reste jusqu'à la fin de la prise en contact parfait avec le terrain de transplantation. C'est tout!

Je ne doute pas un seul instant que la transplantation de la muqueuse ne trouve, dans des cas pareils, l'application la plus large et ne forme, après des recherches suffisantes, une page brillante de la chirurgie.

Le temps n'est pas loin où la question la plus difficile de la technique chirurgicale, comme celle de la fermeture d'une large fistule, comme celle de la fermeture d'une partie de l'urèthre qui fait défaut, sera une chose aussi simple et aussi répandue que la plastique cutanée ordinaire. Il suffit de parcourir les travaux des oculistes contemporains, qui ont essayé de transplanter la muqueuse (Story [1]), Millingen [2]), Benson [3]), pour fonder beaucoup d'espérances sur leurs déclarations. On n'a qu'à jeter un coup d'œil sur les communications de Mensel, Baer, Keyes [4]), qui ont appliqué avec succès la méthode de la transplantation au traitement des défauts de continuité de l'urèthre pour voir que ce procédé commence déjà à donner des résultats appréciables.

Prof. **X. De Watraszewski** (Varsovie):

Desideratum

Il serait désirable que les congrès internationaux de médecine aient un autre but dans l'avenir, et qu'ils puissent servir principalement à compléter les connaissances, l'éducation médicale générale du médecin, quelle que soit sa spécialité. Ils devraient servir aux médecins pour les mettre au courant de l'état actuel des sciences médicales et sur celui des différents sujets, faisant une spécialité des branches médicales particulières.

Les communications et les discussions sur les détails spéciaux, c'est-à-dire sur les questions importantes pour les spécialistes seuls, ne devraient pas avoir lieu, mais seraient exclusivement l'objet de congrès spéciaux, qui depuis quelque temps déjà se rassemblent pour toutes les branches de la médecine.

Le médecin, absorbé comme il l'est, n'a dans la plupart des cas, ni le temps, ni la possibilité de suivre le progrès de la médecine dans toutes ses directions. Il faut que l'occasion lui soit donnée d'amplifier et de compléter ses connaissances et d'être mis, en peu de temps et de la manière la plus facile, au moyen de la vive parole, au courant de ce qui l'intéresse le plus.

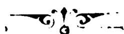
[1]) The Ophthalmic Review, 1885, p. 72.
[2]) Bericht der Privataugenheilanstalt in Konstantinopel, 1882.
[3]) The British med. Journal, 1887, p. 1154.
[4]) Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. New York, 1891, v. IX, n. 110.

La chose serait facile si les communications faites dans les diverses Sections des congrès internationaux médicaux n'étaient uniquement que le résumé, autrement dit, l'expression de l'état actuel des questions les plus importantes appartenant à des branches médicales particulières; tandis que les congrès spéciaux garderaient leur caractère actuel.

Prof. **T. De Amicis** (Presidente), saluta i colleghi, ringraziandoli del largo concorso e delle importanti comunicazioni, che hanno molto distinto la XVII Sezione del congresso.

Prof. **De Watraszewski** (Varsovie): Messieurs, nos séances sont terminées et la Section est close. Je crois être l'interprète des sentiments de tous mes illustres confrères ici rassemblés, en exprimant nos remercîments sincères et notre admiration à M. le prof. De Amicis, notre estimé président, et à MM. les membres du comité exécutif — ses vaillants collaborateurs — grâce auxquels la Section a été organisée d'une manière exemplaire et les travaux couronnés d'un plein succès.

De Amicis, ringrazia.



ODONTOLOGIA.

INDICE

Quarta seduta, 3 aprile 1894.

Quinta seduta, 4 aprile 1894.

Odontologia

Prima Seduta.

29 Marzo 1894, ore 15.

Il presidente provvisorio del Comitato ordinatore della Sessione, dottore A. Coulliaux, apre l'adunanza con un discorso inaugurale.

Procedutosi alla costituzione dell'Ufficio definitivo, il dottor A. Coulliaux fu eletto presidente per acclamazione.

Indi sono eletti:

Vice-presidenti: H. Chamberlain (*Roma*) — P. Ribolla (*Roma*) — R. Avanzi (*Verona*).

Presidenti onorarii: W. Miller (*Berlino*) — Mummery Howard (*Londra*) — Weiser (*Vienna*) — Amoedo (*Parigi*) — Klingelhöfer (*Pietroburgo*).

Segretarii: Sirletti (*Roma*) — Warnekros (*Berlino*) — Weil (*München*) — Harwalick (*Trieste*) — Cunningham (*Cambridge*) — Giuria (*Genova*) — Martini (*Torino*).

Seconda Seduta.

30 Marzo 1894, ore 9. 30.

Presidente: Dott. A. Coulliaux (Milano).

Prof. **Warnekros** (Berlin):

Die Entstehung der anomalen Zahnstellungen.

Ueber anomale Zahnstellungen im Allgemeinen ist von Sternfeld auf Grund der Kenntniss aller einschlägigen Litteratur im ersten Band des Scheff'schen Handbuchs für Zahnheilkunde schon ausführlich geschrieben worden. Da aber die Hauptursache der Zahnanomalien in dieser Arbeit nicht angegeben und meines Erachtens bislang überhaupt nicht richtig erkannt

ist, so gestatten Sie mir, heute Ihre Aufmerksamkeit auf den Punkt zu lenken, welchen ich bei der Bildung der Zahnstellungen als den ausschlaggebenden Faktor erkannt zu haben glaube.

Sternfeld behauptet, dass Raummangel die häufigste Ursache der Zahnanomalien ist; was aber diesen Raummangel veranlasst, dafür bleibt er so gut den glaubwürdigen Nachweis schuldig, wie Mummery, Coleman und Cartwright, welche dieselbe Ansicht vertreten, wenn sie auch schon erkannt haben, dass der uneingeschränkte Gebrauch des Gebisses von Einfluss auf die Einstellung der Zähne ist. Am unverständlichsten aber erscheint wohl Jedem, der die in der ganzen Thierwelt herrschende Zweckmässigkeit der functionirenden Organe erkannt hat (ich erinnere nur an das Gebiss der Nager, Insectivoren und Carnivoren, bei denen man, wie bei allen Säugethieren, die Nahrung und die Art des Nehmens derselben an der Form der Zähne und der von diesen abhängigen Form der Kiefer erkennt), am unverständlichsten, sage ich, erscheint die Ansicht von Kingsley, der den vorhandenen Raummangel dadurch entstanden sein lässt, dass das Wachsthum der Zähne zuweilen schneller, als das Wachsthum der Kiefer gewesen sein, oder dass ein Kind Zähne geerbt haben soll, welche durchaus in keinem Verhältniss zu den ererbten Kiefern stehen.

Nach meinen Erfahrungen müssen wir als Hülfsmittel für die Einstellung der Zähne nicht nur, wie schon Virchow überzeugend nachgewiesen hat, den Zungendruck einerseits und den Lippen- und Wangendruck andererseits ansehen, sondern als weitaus wichtigstes die Bewegungen des Unterkiefers.

Es können demnach pathologischer Prognathismus und pathologische Progenie und die häufige Stellungsanomalie der einzelnen Zähne entstehen:

1. Durch ein nicht richtiges Zusammenwirken der genannten Hülfsmittel für die Einstellung der Zähne. Dasselbe ist zu beobachten bei der Prognathie der Cretins, bei welchen nach Virchow's Untersuchungen die Zunge unmässig wächst und die Zähne nach vorne drängt, oder bei der pathologischen Progenie, welche sich bei Leuten mit vollständiger einseitiger oder doppelseitiger Spaltbildung, dem sogenannten Wolfsrachen, dadurch einstellt, dass einerseits der Lippendruck den Oberkiefer nach innen und andererseits der Zungendruck den Unterkiefer nach aussen drängt; ferner bei dem contrahirten Kiefer, der nach den Untersuchungen von Donders und Metzger entsteht, wenn ein richtiges Zusammenwirken der Hülfsmittel zur Zahneinstellung bei einem durch adenoide Wucherungen veranlassten Athmen mit geöffnetem Munde ausgeschlossen ist. Auch der offene Biss wird in den Arbeiten von Schmidt auf diese Art zu erklären versucht.

2. Durch Hemmungen der Bewegungen des Unterkiefers.

Da die Bewegungen des Unterkiefers meines Erachtens das bedeutendste Hülfsmittel für die Einstellung der Zähne bilden, so sind die durch die Hemmungen dieser Bewegungen entstandenen Anomalien der bleibenden Zähne naturgemäss die häufigsten. Gestatten Sie mir deshalb, über diesen wichtigsten Punkt meine Ansicht etwas ausführlicher zu entwickeln.

An solchen Hemmungen sind zu unterscheiden:

1) solche, die durch Veränderung des Milchzahngebisses, und
2) solche, die durch äussere Einwirkung verursacht werden.

Die Bewegungen des Unterkiefers dienen zum Nehmen und Verarbeiten der Nahrung und es ist daher verständlich, dass sie nicht allein die Form

der Zähne und der Kiefer beeinflussen, sondern auch den Durchbruch der Zähne veranlassen und die Einstellung der Zäne in der für die Aufnahme der Nahrung zweckmässigsten Weise bewerkstelligen.

Wenn auf Grund der odontologischen Forschungen Baume's als feststehend angenommen werden konnte, dass die Wucherung des Markes die Ausdrängung des Zahnes besorgt, so glaube ich jetzt als sicher behaupten zu können, dass die Bewegungen des Unterkiefers, die der Säugling beim Nehmen der Nahrung macht, einen Reiz und dadurch die Wucherung des Markes sowohl im Unter- wie im Oberkiefer veranlassen. Damit wäre der Schlüssel gefunden, der uns das Verständniss für das Wachsthum der Zähne giebt: dasselbe geschieht entsprechend ihrem Gebrauch.

Wohl stimme ich mit Baume überein, dass die Dentition nur als eine einzige anzunehmen ist. Aber im Gegensatz zu ihm ist es mir nach dem Gesagten verständlich, dass die schwachen Kaubewegungen des Säuglings beim Nehmen der Nahrung nur im Stande waren, jene zarteren Gebilde, wie das Milchzahngebiss sie zeigt, hervorzubringen. Es bedurfte eben starker Bewegungen und einer anderen Nahrung, um die Ersatzzähne auszubilden. Ich glaube, Baume selbst wird seine von Zuckerkandl so energisch bestrittene Ansicht, dass das Milchzahngebiss einst nicht mehr zur Gestaltung kommen werde, gern zurückziehen.

Wie selbstverständlich ist es bei Annahme meiner vorhin genannten Erklärung, dass, wie Zuckerkandl ausführt, die Form und Stellung der Milchzähne viel stabiler, als die der bleibenden Zähne ist! Beim Säugling haben wir eben immer dieselbe Nahrung und immer dieselben Bewegungen zu ihrer Aufnahme. Auch die Reihenfolge des Zahndurchbruchs findet in dem Gesagten seine Erklärung.

In meiner Inaugural-Dissertation [1]), welche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Waldeyer, widmen durfte, der auch diese Arbeit als eine Fortsetzung derselben anzusehen die Güte hatte, habe ich mich bereits eingehend mit den Bewegungen des Unterkiefers beschäftigt und ihre Bedeutung für den Kauakt festzustellen versucht. Es sind diese Bewegungen dreifacher Art:

1) Die Vor- und Rückwärtsbewegung, das Schiebe-Gelenk.

2) Die seitliche Bewegung, welche nach Bonwill als die Verschiebung eines gleichseitigen Dreiecks aufzufassen ist, und zwar einmal als eine Verschiebung von rechts nach links, das andere Mal als eine solche von links nach rechts.

3) Die Auf- und Abwärtsbewegung, bei welcher das Gelenk einen Ginglymus vorstellt.

Bei der Einstellung der Zähne sind nun diese Bewegungen in folgender Weise thätig:

Die Vor- und Rückwärtsbewegung giebt dem durchbrechenden Zahne die Richtung, indem der aufgenommene Bissen wie eine schiefe Ebene wirkt. Die seitliche Bewegung von rechts nach links stellt in dem Oberkiefer die linksseitigen, die seitliche Bewegung von links nach rechts die rechtsseitigen Zähne ein. Ebenso ist es im Unterkiefer. Die Auf- und Abwärtsbewegung endlich fixirt die Zähne in ihrer Stellung.

[1]) Abgedruckt in den Verhandlungen der Odontologischen Gesellschaft im III. Band.

Wenn wir nun fragen, in welcher Weise Hemmungen dieser Bewegungen Anomalien der Zahnstellung hervorrufen, so werden einige Beispiele zur Beantwortung dieser Frage hinlänglich genügen.

Hier ist der Abdruck des Ober- und Unterkiefers eines neunjährigen Mädchens: der Durchbruch der mittleren unteren Schneidezähne ist vollendet, der obere linksseitige Schneidezahn ist ebenfalls normal eingestellt. Bei der seitlichen Bewegung von links nach rechts wirkt der untere rechte mittlere Schneidezahn und der erste seitliche Milchschneidezahn jedesmal auf die rechte linguale Kante des schiefgestellten mittleren rechten Schneidezahns des Oberkiefers, und indem der Lippendruck auf die labiale linke Kante stärkere Wirkung ausübt, wird der Zahn gedreht, wie zwischen zwei Federn aus Klavierdraht, die wir häufig zur Richtung solcher schiefstehenden Zähne anwenden.

Fig. 9 [1]) zeigt die seitliche Bewegung von rechts nach links, nur ist hier schon die Drehung des linksseitigen oberen Schneidezahns vollendet und hat zugleich Veranlassung gegeben, dass der untere linksseitige Schneidezahn des Milchzahngebisses gelockert und dadurch der Durchbruch des linksseitigen bleibenden unteren Schneidezahns begünstigt wurde.

Fig. 10 zeigt den Zahnreihenschluss, welcher durch einfache Auf- und Abwärtsbewegung zu Stande kommt und dazu dient, die gedrehten Zähne in ihrer Richtung festzuhalten.

Es ist nun an diesem Beispiel ersichtlich, dass, wenn das Kind wegen Schmerzen an den rechtsseitigen Backenzähnen sich gewöhnte, die normale seitliche Kaubewegung von links nach rechts auszusetzen, nicht allein der obere rechtsseitige Schneidezahn schief bleiben würde, sondern dass auch die Wurzel sich nicht den nöthigen Raum im Oberkiefer verschaffen könnte.

Ist die Störung, die das Kind bei der Aufnahme der Nahrung verhindert, die genannte seitliche Kaubewegung auszuführen, nur vorübergehend, so wird der Zahn wohl die schiefe Stellung behalten, der Raummangel aber nicht bedeutend sein. So entstehen die Fälle, die bislang nicht erklärt werden konnten, bei denen ohne ersichtlichen Raummangel doch schiefe Zähne entstanden waren.

Ist die Störung dagegen dauernd gewesen, so werden nicht nur die später durchbrechenden Zähne sich ebenfalls schief einstellen, sondern der Raummangel wird, da der Kieferbogen zu klein wird, immer mehr sich geltend machen, den Eckzähnen den Durchbruch unter Umständen nur ausserhalb der Zahnreihen gestatten und die Einstellung der Backenzähne in der Weise ungünstig beeinflussen, dass, wenn diese selbst mit breiten Kronen durchbrechen, sie dennoch nicht den nöthigen Kontakt zum Zermahlen und Zerkleinern der Speise erhalten.

Noch ungünstiger werden die Verhältnisse sich gestalten, wenn Schmerzen oder grössere Zahnlücken das Kind veranlassen, die beiden seitlichen Bewegungen des Unterkiefers, sowohl die von links nach rechts, als auch die von rechts nach links, auszusetzen. So zeigt die Fig. 11 einen Unterkiefer mit sehr gedrängter Zahnreihe und mit einem Schneidezahn ausserhalb der Zahnreihe. Derselbe gehört einem 40 jährigen Manne, welcher

[1]) Non riportati i disegni perchè troppo confusi.

sich erinnert, in seiner Kindheit während der Zeit des Zahndurchbruchs durch fortwährende Schmerzen an den Backenzähnen gezwungen gewesen zu sein, nur mit den Vorderzähnen zu kauen.

Dass die Zähne zu ihrer Einstellung einer Drehung bedürfen, findet seine Erklärung in der stärkeren Ausbildung der Kronen der bleibenden Zähne. Diese werden um so grösser, je stärker das Milchzahngebiss gebraucht ist, und müssen sich beim Durchbruch mit dem Raum begnügen, den die schmaleren Milchzähne ihnen hinterlassen. Fig. 12 zeigt den Durchbruch des linken unteren seitlichen Schneidezahns, welchem der Raum das Hervorbrechen nur in der schiefen Stellung erlaubte.

Die Hemmungen der Bewegung des Unterkiefers durch äussere Einflüsse können veranlasst werden:

1. Durch unzweckmässige Nahrung. Wenn ein Kind, nachdem die ersten Zähne vollständig zum Durchbruch gekommen sind, nur Flüssigkeiten oder während des Durchbruchs der bleibenden Zähne nur breiartige Nahrung erhielte, so würde diese Form der Nahrung das Kind veranlassen, die seitlichen Kaubewegungen nicht auszuführen, sodass diese Hemmung an der geringen Grösse der bleibenden Zähne wie an der mangelhaften Einstellung derselben die Schuld tragen würde.

2. Durch mechanische Einwirkungen. Als solche sind jene üblen Angewohnheiten anzusehen, welche unter Daumen- und Lippensaugen und unter Pressen der Zunge bekannt sind. Hierzu kommt eine Unart, die ich in einem Falle beobachtet habe, in welchem das Kind sich angewöhnt hatte, ein Taschentuch oft stundenlang abwechselnd zwischen die Zähne zu pressen und wieder herauszuziehen. Sie sehen auf Fig. 13 den V-förmigen Oberkiefer dieses Kindes und auf Fig. 14 den zurückgedrängten Unterkiefer. Fig. 15 zeigt die Grösse, welche die äussere Entstellung im 12. Lebensjahre erreicht hatte.

Da ich die Therapie, welche in dem letztgenannten Falle den äusserst günstigen Erfolg gehabt hat, den Sie in Fig. 16, 17 und 18 erkennen können, in einem ausführlicheren Vortrage besprechen werde, erlauben Sie mir zum Schluss auf die Erfolge hinzuweisen, welche die genaue Kenntniss der Entstehung der Zahnanomalien, wie ich hoffe, mit sich bringen wird.

Eine zweckmässige Nahrung, welche nach dem Durchbruch des Milchzahngebisses kräftige Bewegung des Unterkiefers verlangt, wird eine breite und kräftige Entwickelung der bleibenden Zähne hervorrufen, und eine sorgfältige Behandlung der Milchzähne wird während des Durchbruchs der bleibenden Zähne jede Hemmung der Bewegungen des Unterkiefers verhüten. Wenn wir dann noch die schädlichen Hemmungen fernhalten, welche auf mechanische Weise störend wirken, so bedarf es keiner grossen Divinationsgabe, um voraussagen zu können, dass in Zukunft das menschliche Gebiss nicht nur selten noch Anomalien zeigen, sondern sich möglichst dem prähistorischen Gebiss wieder nähern und durch seine regelmässige Zahnstellung widerstandsfähiger und zur Aufnahme der Nahrung geeigneter werden wird.

Dr. **Weil** (München):

Ueber Amalgame und deren Verbindung mit Cementen zu Cement-Amalgam-Plomben.

Seit Jahren machen die Zahnärzte die Erfahrung, dass sowohl Amalgam- als Cementplomben, jede für sich allein gebraucht, entschiedene Nachtheile aufweisen. Speciell von den Cementfüllungen habe ich in meiner Arbeit: « Untersuchungen verschiedener Cementsorten »[1]) den Beweis zu erbringen versucht, dass die durch die Praxis verbreitete Ansicht, dieselben seien keine Dauerplomben, sich auch experimentell begründen lasse. Die Nachtheile der Amalgamplomben, wie « unschönes Aussehen, Schrumpfen der Ränder » etc. sind in der Literatur ebenfalls wiederholt gerügt worden. Dieselben werden uns sofort klar, wenn wir die Vorgänge beim Einlegen uns vergegenwärtigen. Die Luftschicht nämlich wird zum grossen Theile, aber nicht ganz, aus dem Zahne verdrängt, daher tritt bei Amalgam wie Cement durch Capillaritätswirkung nachträglich Flüssigkeit zwischen Zahn und Plombe. Beweis hierfür ist, dass eine Amalgamfüllung herausfällt, wenn man den Zahn aufsprengt. Cementplomben haften dagegen am Zahne, weil sich bei ihnen durch den Zutritt der Feuchtigkeit, mit Unterstützung der Mundwärme, eine Verbindung der Säure mit der Zahnmasse bildet; dagegen werden sie aber sehr leicht aufgelöst. Es ist daher begreiflich, dass sich seit längerer Zeit das Bestreben geltend macht, eine Combination von Füllungsmaterialien herzustellen, welche uns gestattet, von jedem Material die Vortheile nutzbar zu machen, die Nachtheile aber möglichst auszuschliessen.

So entstanden Combinationen von Gold- mit Zinn-Amalgam, ja selbst mit Cement; es entstand die Herbst'sche Mischung von Silberfolie mit Amalgam, sowie das Ueberziehen der Amalgamplomben mit dieser Folie; es entstand die Aneinanderreihung von Guttapercha und Metallen und endlich die uns hier beschäftigende Mischung von Amalgam mit Cement.

In der Literatur finden wir bisher, ausser den Angaben einzelner Zahnärzte über die speciell von ihnen geübte Methode, nur ganz wenige Aufsätze.

Im II. Bande der « Dental Review, » August 1888, empfiehlt Tileston für Approximalflächen der Mahlzähne, sowie für grosse, seichte Höhlen, in welchen wenige oder keine Unterschnitte angebracht werden können, eine Mischung von weichem, d. h. quecksilberreichem Amalgam mit dünn angerührtem Cemente.

Eine grössere Arbeit über « Combinirte Füllungen » bringt Sachs, Breslau, in der « Oesterr.-Ung. Vierteljahrschrift, » Oktober 1890; das 7. Capitel handelt von Cement-Amalgam-Plomben. Sachs mischt zuerst das Amalgam möglichst trocken, setzt dann dasselbe, sowie das Cementpulver der Flüssigkeit zu und knetet recht sorgfältig durch. Als Vortheile rühmt er: Schnelle Verarbeitung, festes Haften an den Wandungen, schlechte Wärmeleitung, Ermöglichung eines grossen Contouraufbaues, schnelle und starke Erhärtung, Widerstand gegen chemische Einflüsse, keine Contraction oder Expansion, keine Missfärbung.

[1]) Verhandlungen der Deutschen Odontologischen Gesellschaft, Band IV, Heft I und II.

Im Januarhefte 1891 der gleichen Zeitschrift wandte sich Sachs gegen Klemich, welcher Sachs gegenüber im « Journal für Zahnheilkunde » 1890 das Prioritätsrecht beansprucht. Letzterer wendet Cement-Amalgam schon seit Jahren an, rührt das Amalgam mit viel Quecksilber und Cement weich an, füllt damit aber nur den Untergrund, während er den Rest mit reinem Amalgam bedeckt. Sachs bemerkt richtig, dies sei keine Cement-Amalgam-Plombe, sondern eine einfache Amalgamfüllung mit anderer Unterlage, die auch alle Nachtheile des Amalgames habe. Auch treten bei weicher Mischung des Amalgames einige Minuten nach dem Einlegen Quecksilberkügelchen an die Oberfläche und die Erhärtung dauere ebensoviele Stunden als sonst Minuten.

Gerechter Weise muss gesagt werden, dass Tileston der erste war, welcher die hier beschriebene Composition literarisch feststellte, denn angewendet wurde sie schon viel früher.

Heitmüller, Goettingen, bringt im Augusthefte 1893 der « Deutschen Monatsschrift f. Zahnheilkunde » eine Arbeit über « Amalgam-Cement-Füllungen. »

Er erwähnt zunächst, dass dieselben schon vor 25 Jahren von Rymer in London empfohlen worden seien.

Er verwendet sie seit 2 Jahren mit gutem Erfolge und schildert ausführlich ihre Vortheile, sowie die Fälle, in denen sie angewendet werden sollen. Heitmüller giebt zu, dass während der Erhärtung der Plombe eine kleine Veränderung ihres Volumens eintreten könne, namentlich, wenn zu viel Quecksilber zugemischt sei, weil dann Kügelchen an die Oberfläche träten.

Sogar eine spätere geringere Contraction durch Verdunsten von Hydrargyrum giebt er zu. Im Uebrigen vergleicht er die Structur des Cement-Amalgams mit einem Schwamme, in dessen sämmtliche Hohlräume sich feste Masse hineingezogen habe.

Er verwendet Cement-Amalgam an nicht sichtbaren Stellen der Frontzähne, bei grossen Cavitäten mit schwachen Schmelzwänden von Bicuspidaten und Molaren, bei flachen und empfindlichen Cavitäten am Zahnhalse, endlich auf den Kauflächen der Molaren.

Mehrmals haben bereits Autoren gerathen, um die Farbe des Zahnes nicht zu alteriren, direct an die Zahnwände Goldfolie anzuschmiegen, und dann erst das Cement-Amalgam einzulegen. Auch Heitmüller räth dies, aber wohlweislich will er zwischen Cement-Amalgam und Gold eine dünne Schicht Cement gelegt haben.

Daran thut er sehr recht, denn ich habe durch Versuche gefunden, dass Gold durch Quecksilber zuerst ganz brüchig und blätterig, schliesslich ganz aufgezehrt wird.

Auch zur Befestigung von Logankronen benützt Heitmüller Cement-Amalgam.

Eine angeblich neue Methode der gleichzeitigen Verwendung von Amalgam und Cement schildert Robiczek im Aprilheft 1892 der « D. Oest.-Ung. Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde », unter dem Namen: « Doublirte Plomben. » Er verwendet Amalgam mit wenig Hydrargyrum und weiches Cement.

Die Cavitätenwand wird mit Cement rasch ausgekleidet, darauf Amalgam gelegt und mässig eingedrückt, so dass nur Amalgam, aber ja kein Cement die Ränder bedeckt.

Ich muss aber die Neuheit dieser Methode bestreiten, denn was Robiczek beschrieb, ist ein altes Verfahren, welches seit Jahrzehnten in den verschiedensten Nüancen und zu den mannigfachsten Zwecken verwendet wird. Denken wir z. B. an die Ueberkappung ganz oder fast blosliegender Pulpen, an die Auskleidung von Höhlen mit sensiblem Dentin, zuerst mit Cement, dann mit Amalgam oder Gold u. s. w.

Ausserdem empfiehlt schon im Julihefte der « Dental Review » 1888 ein Engländer, Zahnhalscavitäten zuerst mit Cement, darüber mit Amalgam zu füllen.

Meine Versuche beweisen an durchschnittenen Zähnen, dass auch nicht etwa eine innige Vermengung zwischen Cement und Amalgam eintritt, sondern dass beide Schichten ganz getrennt für sich bestehen. Dass die Methode ebenfalls ihre Vortheile hat, gebe ich gerne zu. Miller erwähnt das Cement-Amalgam im III. Bd. 4. Heft der « Verhandlungen der Deutschen Odontologischen Gesellschaft. » Er mischt zuerst Amalgam, dann Cement, jedes für sich, dann erst rührt er beide zusammen und zwar 1 Theil Amalgam zu 2 Theilen Cement. Er giebt aber zu, dass zwischen den Resultaten dieser Methode und jener, Amalgam- und Cement-Pulver gleichzeitig in die Säure zu mischen, kein wesentlicher Unterschied sei, wenn nur die Verreibung eine gründliche sei. Miller bezweifelt, ob die Füllung gerade so gut an den Wänden hafte, wie Cement allein, giebt aber sonst alle Vortheile zu, welche andere Autoren anführen.

Um nun auf meine eigenen Versuche und Erfahrungen zu kommen, so werde ich mich nicht mit einer erneuten Aufzählung der Vortheile, welche diese Combination gewärht, oder der Fälle, in welchen sie mit Erfolg angewendet wird, aufhalten; dies alles ist jedem Zahnarzte zu Genüge bekannt.

Ich möchte lediglich einige Winke geben, wie die Dauerhaftigkeit dieser Plomben durch gewisse Anwendungen erhöht oder durch kleine Combinationen verstärkt werden kann. Nach meiner Ansicht kann jedes gute Goldamalgam und jedes brauchbare Cement genommen werden.

Meine Mischfüllungen, wie sie Heitmüller ziemlich treffend nennt, habe ich mit Gold-Amalgam und verschiedenen Cementsorten gemacht. Massgebend für mich waren folgende Punkte:

1. Soll viel oder wenig Quecksilber genommen werden, oder am Ende gar keines?

2. Soll mehr Amalgam oder mehr Cement in der Mischung sein?

3. Kann die Mischung durch eine Combinirung oder Ueberkleidung mit anderen Metallen dauerhafter, auch schöner im Aussehen gemacht werden?

Zunächst suchte ich experimentell festzustellen, ob zwischen den verschiedenen Goldamalgamen (andere verwandte ich nicht) ein Unterschied und ferner, ob viel oder wenig Quecksilberzusatz besser sei.

Ich legte verschiedene Amalgame, theils weich, theils hart angerührt, in alkalische und saure Speichelflüssigkeit; letztere bestanden aus

a) alkalische Flüssigkeit: Rhodankalium 0,07 — Chlornatrium 1,00 — phosphorsaures Natrium 1,50 — Wasser 1 Liter.

b) saure Flüssigkeit: Rhodankalium 0,07 — Chlornatrium 1,00 — phosphorsaures Natrium 1,50 — Milchsäure 1,00 — Wasser 1 Liter.

Es ergab sich, dass sich die Amalgame ziemlich gleichmässig verhielten, in der alkalischen Lösung fast gar keinen Gewichtsverlust bei wenig, etwas

mehr bei viel Quecksilberzusatz hatten; das gleiche Verhältniss waltete bei der sauren Lösung, nur war der Verlust durchschnittlich stärker. Es ist also zweifellos besser, das Amalgam so trocken als möglich anzurühren.

In obige Flüssigkeiten, sowie in Essigsäure wurden ferner Würfel von Cement-Amalgam eingelegt, theils mit viel, theils mit wenig Hydrargyrum, theils mit mehr Amalgam, theils mit mehr Cement.

Ceteris paribus war der Gewichtsverlust grösser, wenn das Cement überwog, oder das Amalgam weich angerührt war, am grössten, wenn Amalgam mit viel Hydrargyrum, mit viel Cement im Ueberschusse und weich angerührt wurde.

Es ergiebt sich daraus, dass das Amalgam möglichst trocken sei und das Cement nicht praevalire, im Gegentheile weniger sei, als das Amalgam.

Endlich habe ich noch Amalgampulver fein gesiebt, dasselbe zu gleichen Theilen mit Cementpulver gemischt, mit Säure angerührt und diese Plomben eingelegt. Hier war der Gewichtsverlust ein viel stärkerer, offenbar, weil das Eindringen der Flüssigkeiten und die hierdurch bedingte Auswaschung und Auflösung viel leichter von Statten ging. Das gleiche Resultat erhielt ich mit Cement-Amalgam-Plomben in 10 p.c. Milchsäure. Während an Plomben, welche aus hartem Amalgam im Ueberschuss und ziemlich trockenem Cemente bestanden, äusserlich kein Substanzverlust zu constatiren war, zeigte sich derselbe sehr bedeutend, wenn kein Hydrargyrum zugesetzt war. In allen Fällen war das Email der Zähne sehr bedeutend angegriffen.

Die Thatsache, dass weich angerührtes Amalgam mit viel Cement, ebenso Amalgamspähne ohne Quecksilber mit Cement vermischt, sich stark abnützen und auswaschen, hat mir neben den Versuchen auch die Erfahrung bestätigt. (Siehe Präparate).

Aber auch Amalgam-Cement mit geringem Quecksilberzusatz und zu gleichen Theilen vermischt — und viel weniger Cement als die Hälfte zu nehmen, geht nicht an, weil wir eine bröcklige Mischung bekämen — trägt sich nicht ideal gut; nach wenigen Wochen schon sehen die Plomben ausgewaschen aus, weil sich Quecksilber verflüchtigt und Cement löst.

Ich versuchte desshalb noch, die Mischfüllungen mit Folie zu überziehen, und zwar mit Gold oder Silber.

Wählt man letzteres, so thut man am besten, die noch nicht hart gewordene Plombe damit zu belegen und mit Schwammstückchen anzudrücken. Die Silberfolie wird theils durch das Quecksilber des Amalgams, theils durch die Klebrigkeit des Cementes haften; man kann hierbei getrost 4—5 Schichten auf einmal auflegen, da die Silberfolie ausserordentlich fein ist.

Ganz anders verhält sich Goldfolie. Sie wird sich zwar ebenso theils durch Amalgamirung, theils durch mechanisches Festkleben anbringen lassen, aber sie wird weiss und bald so stark amalgamirt, dass weitere Schichten schwer anzubringen sind.

Ich habe daher einen anderen Weg gesucht und gefunden, welcher ermöglicht, Cement-Amalgam-Plomben so mit Goldfolie zu bedecken, dass sie nicht nur das Aussehen, sondern auch die Dauerhaftigkeit von Goldplomben haben.

Ich nehme dazu feingesiebte Amalgamspähne, mische sie zu gleichen Theilen mit Cementpulver, setze dieser Mischung die nöthige Säure zu und

knete energisch durch, bis die Plombe ziemlich trocken ist. Dann fülle ich rasch den Zahn und warte, bis die Erhärtung unvollkommen eingetreten ist. In diesem Stadium lege ich die erste Schicht dünner Goldfolie auf und drücke sie leicht mit Zinngoldstopfern und Zerreibern an, was nicht schwierig ist, weil die Masse noch etwas plastisch und auch klebrig ist.

Darauf setze ich eine zweite Lage leicht geglühter Folie, darüber eine dritte u. s. w.

Zum Schlusse kann man ein Blatt harter Folie, Nr. 30 oder 60 auflegen, für den Anfang aber würde sie sich nicht eignen, da sie nicht schmiegsam genug ist.

An meinen Präparaten sieht man die Sache in Vollendung, ganz wie eine Goldfüllung sich darstellend.

Als Résumé meiner Versuche und Erfahrungen ergiebt sich:

1. Cement-Amalgamfüllungen sind trotz aller sonstigen Vorzüge nicht sehr dauerhaft, weil sie mit der Zeit ausgewaschen werden, theils durch Lösung des Cementes, theils durch Verdunstung des Quecksilbers.

2. Das Amalgam muss mit möglichst wenig Quecksilber durchsetzt, der Cementzusatz möglichst gering sein, jedenfalls darf er die Hälfte der ganzen Masse nicht übersteigen.

3. Alle Vortheile der Cement-Amalgame mit einer Goldfüllung lassen sich vereinigen, wenn man feingesiebte Amalgamspähne zur Hälfte mit Cementpulver mischt, durch sparsamen Säurezusatz eine harte Pasta anrührt, und vor dem völligen Erhärten anfängt, mit weicher Goldfolie zu bedecken, um dann mit harter Folie zu endigen.

Nach Vollendung dieser Arbeit erschien im V. Bande, Heft 4 der Verhandlungen der Deutschen Odontologischen Gesellschaft ein Aufsatz von Miller und Jung über Kupfer-Amalgam und Amalgam-Cement. Sie kommen fast zu den gleichen Resultaten, wie ich, nur wollen sie das Amalgam plastisch, nicht zu trocken angerührt wissen, weil sonst nach Auswaschung des Cementes die zurückbleibenden Amalgambälkchen brüchig würden. Letzteres vermeide ich durch energisches, kräftiges Zerreiben des trocken angerührten Amalgames zuerst für sich, dann mit dem Cemente.

Auch sie fanden, dass hoher Quecksilbergehalt die Abnützung des Amalgames steigert, geringer dagegen die Widerstandsfähigkeit erhöht, ferner dass zuviel Cementzusatz die Dauerhaftigkeit beeinträchtigt.

Discussione

Dr. **Weiser** (Wien): Wir sind ohne Zweifel Herrn Dr. Weil sehr zu Dank verpflichtet für die Mittheilung der Resultate seiner ebenso mühsamen als sinnreichen Experimente über combinirte Füllungen, um so mehr als sie uns einerseits vor Missgriffen bewahren werden, anderseits die Anregung geben, seine ganz originelle Idee Goldfolie mit Amalgam-Cement combinirt anzuwenden, ebenfalls praktisch zu versuchen. Im Interesse der Entwicklung und der Fortschritte unseres Faches muss ich mir aber erlauben, für die von Dr. Robiczek in Wien so warm empfohlenen, doublirten Füllungen, auf das entschiedenste einzutreten. Diese Füllungen sind nicht wie der geehrte Herr Vorredner meinte « einfach Amalgamfüllungen mit Cementunterlage », son-

dern eine eigenartige Combination, bei welcher Dr. Robiczek beabsichtigt, zwei grosse Nachtheile des Amalgams: d. i. die Contraction desselben (welche selbst nach Jahren noch sich einstellen könnte) und die Verfärbung des Zahnbeines zu eliminiren. Wer Robiczek Arbeiten gesehen hat und die Resultate kennt, ist entzückt von dieser Methode und überzeugt, dass mit derselben in gewissen Fällen sichere Erfolge erzielt werden können als cœteris paribus mit Goldfüllungen erreichbar wären.

Redner sucht noch durch Zeichnungen an der Tafel den Vorgang bei der erwähnten Methode zu veranschaulichen.

Prof. **Miller** (Berlin): Spricht sich im Sinne Weiser's auch zu Gunsten dieser Methode aus welche auch früher schon in Amerika angewendet und empfohlen wurde.

Dott. G. **Cunningham** (Cambridge):

Formazione di un comitato internazionale per la sorveglianza dei piccoli scolari.

L'oratore tratta per sommi capi:

Il dentista come cittadino — Suoi doveri pubblici come ufficiale dello Stato — Bambini condotti, educati, nutriti, vestiti gratuitamente — Stato presente dei bambini — Il dentista in una scuola è necessario come il medico — Visite gratuite nella Gran Brettagna, dove i denti non sono solamente estratti, ma otturati e conservati — Risultato della statistica fatta dalla British Dental Association: 10,517 bocche esaminate — Eruzione e caduta del primo molare — Statistica delle carie da cause intrinseche — Difetti nella struttura dello smalto: condizioni dipendenti dall'età — Percentuale classificata trimestralmente, disposta in gruppi triennali — Progresso della carie coll'età — e conclude col dire che: Il dentista nella scuola può facilmente fare bella una dentatura, in altri termini ridurre una dentatura artificialmente sana.

(Questa relazione fu corredata di ricche formule e specchietti scritti sulla lavagna).

La Sezione odontologica, in seguito a proposta del relatore, nominò i membri qui sotto indicati a voler far parte di un Comitato internazionale per attendere ad un lavoro speciale di trattamento dei denti dei fanciulli secondo un sistema uniforme. Il Comitato avrà facoltà di aggregarsi altri membri e dovrà presentare un rapporto de'suoi studii al prossimo Congresso medico internazionale.

Dottor A. Coulliaux, per l'Italia; Professore dottore Miller, per la Germania; Dottor Sauvez, per la Francia; Dottor G. Cunningham, per l'Inghilterra.

Dott. R. **Avanzi** (Verona):

Contributo allo studio della fisio-patologia della polpa dentale.

Credo opportuno far precedere al risultato delle mie ricerche sulla polpa dentale, un breve riassunto di quanto fino ad oggi fu detto in proposito, riassunto che compilo sulla guida di altri e che, pur non essendo assolutamente indispensabile, può riescire di comodo per memoria.

Fino dal 1678 Lemvenhocche segnalava nella dentina i canalicoli eburnei; era una scoperta di fatto che poteva fino d'allora differenziare i denti dalle produzioni ossee: tuttavia come tali furono anche un secolo dopo (1770) ritenute dall'Hunter al quale spetta solo il merito di aver avvisata la differenza che correva fra la polpa dentaria ed il midollo delle ossa. — Più tardi (1821) per opera del Blaudin, (1836) del Maury e più modernamente del Purkinje, del Raschkow, dello Schawann, di Nasmyth si è mano mano venuti ad una più esatta conoscenza della natura istologica della polpa dentale, fino a che i lavori di Tomes, Waldeyer Magitôt, Neumann ed altri, mercè il perfezionamento degli istrumenti d'indagine, ci hanno condotto per lo meno a quella benefica lotta d'opinioni dalla quale deve poi emergere il vero.

La scoperta fatta da John Tomes dei filamenti molli nei canalicoli della dentina e di altre particolarità della polpa dentaria ha dato modo alla divisione della dentina in strato embriogenico, fibrille dentinali, canalicoli eburnei, e sostanza intertubolare.

Lo strato embriogenico è dato dallo strato più periferico delle cellule, elementi nucleati disposti a palizzata con lunghi prolungamenti insinuati nei canalicoli dentinali e dal Waldeyer battezzati per odontoblasti e presentati come esclusivamente costituiti da protoplasma, il quale trattato coll'acido cromico presenta un contorno granuloso, e non già una membrana cellulare: l'Hertz distingue nelle cellule dentinali periferiche « un contorno evidentemente più denso » e ritiene questo bordo strettissimo dovuto alla condensazione e trasformazione chimica degli strati esterni di protoplasma e finisce per ritenere che la membrana involgente di queste cellule sia qualche cosa di più di un sospetto.

Neumann esita molto nel pronunciarsi sulla esistenza della membrana cellulare e finalmente si decide alle stesse vedute dell'Hertz. — Ma contemporaneamente il Boll scrisse sostenendo la teoria di Waldeyer, e di più avvisava la scoperta di filamenti nervosi che fra le cellule odontoblastiche si spingevano pei canalicoli della dentina fino allo strato dello smalto: quanto queste fibre siano attendibili non è stato più detto.

Lent disegna gli odontoblasti con doppio nucleo: Leydig ritenendo i denti dei vertebrati quali formazioni cuticolari, considera gli odontoblasti come cellule che non hanno nulla di comune coll'epitelio della mucosa boccale e devono la loro origine alla trasformazione del tessuto connettivo della papilla. Kolimann è della stessa opinione e come il Boll ed il Waldeyer considera gli odontoblasti come cellule senza membrana e, in accordo col Neumann, mononucleate. Secondo il Wenzel gli odontoblasti non hanno inviluppo membranoso nè contorno nettamente definito, e nemmeno lo si può determinare col trattamento chimico; quanto alla loro origine si trova d'accordo col Leydig. Hertz descrive le stesse cellule come mononucleate e qualche volta prive di nucleo, e cade qui in una contraddizione con le premesse del suo scritto dove dice che le cellule dentinali derivano dalla fusione di parecchie cellule; lo stesso autore sostiene che lo sviluppo degli odontoblasti consiste in un prolungamento filamentoso diretto dall'interno all'esterno, e confuta l'esistenza dei prolungamenti di coniugazione ammessi dal Waldeyer fra le cellule; egli dice che le cellule terminano verso la parte centrale in forma arrotondata.

Quanto ai prolungamenti della cellula odontoblastica, le investigazioni vanno un po' più concordi. Per primo al Lent venne l'idea di considerare certe parti della dentina come fibrille, però cadde in un *qui pro quo* ed evidentemente descrisse per tali i canalicoli. Al Tomes spetta il merito di aver data la prima descrizione dei filamenti molli nei canalicoli della dentina e sulla loro natura ulteriori ricercatori furono d'accordo, eccezione facendo all'opinione di Jaller secondo il quale i canalicoli da altro non sarebbero riempiti che da materia liquida.

Le indagini di Beale verrebbero a stabilire che quei filamenti prendono origine dagli odontoblasti; ma ulteriori investigazioni da parte del Kölliker, declinando dall'idea che le fibrille fossero di natura solida, si sono riaccordate ai risultati esposti dal Tomes.

Waldeyer tratta questo argomento in modo affatto indipendente dalle idee anteriormente espresse, asserendo che i filamenti nascono dal protoplasma delle cellule dentinali, in modo che, dopo avvenuta la secrezione dei sali calcari per la formazione dei canalicoli, la parte residua di protoplasma rimane assiale di essi « in forma di filamenti molli ». Esso considera in particolare la calcificazione come un processo pel quale gli odontoblasti acquistano dei prolungamenti e in altre parole si potrebbe dire che mentre la calcificazione progredisce verso la parte centrale della polpa, la parte più periferica di essa, e cioè lo strato odontoblastico va man mano retraendosi, mentre le parti più esterne di ogni singola cellula dànno il prolungamento che si insinua nel canale; la fibrilla in tal caso crescerebbe passivamente nella dentina.

Boll spiega con molta chiarezza la teoria esposta dal Waldeyer e presenta dei disegni, dai quali si rileva il rapporto dei filamenti coi canalicoli, e sottoscrive senza restrizione all'opinione del Waldeyer.

I disegni di Beale indicano invece la origine della fibrilla dal nucleo dell'odontoblasta in luogo che dal protoplasma. Hertz, facendo allusione a questi disegni, dice che i filamenti compaiono come strisce chiare, obbietta sulle guaine tubolari di Neumann che a suo modo di vedere vanno considerate come facenti parte delle fibrille, quindi in accordo col Kölliker ed in opposizione al Waldeyer considera le fibrille come la diretta continuazione degli odontoblasti, i quali si prolungherebbero in filamenti sottili per graduata riduzione della membrana.

Wedl accenna come probabile che le fibrille sieno date da una sostanza corticale più densa, e da una centrale semisolida, che esposta all'aria tende a disseccarsi; esso dunque è in accordo coll'Hertz.

I canalicoli eburnei formano ancora oggetto ad un riassunto di quanto fu scritto, e però lo faccio nel modo più breve possibile.

Il Miller fu il primo che presentò dei canalicoli eburnei isolati con mezzi meccanici. Lent ritiene che i canalicoli provengano dagli odontoblasti e dai loro prolungamenti e dice che le loro pareti sono formate dalla stessa sostanza.

Kölliker trova che i canalicoli sono sprovvisti di pareti e che altro non sono che vani delle cellule della dentina rimasti nella sostanza fondamentale e riempiti da fibrille di Tomes. Beale, Robin e Magitôt dicono che i canalicoli eburnei aumentano il loro diametro fino ad un certo limite e si obliterano nella vecchiaia. Neumann ha segnalato nei canalicoli pareti discernibili che attribuisce non già alla calcificazione periferica della fibrilla,

ma come pareti più dense e compatte della sostanza interlobulare calcinata e le chiamò guaine. Waldeyer e Boll ammisero l'esistenza di queste guaine mentre Kölliker e Hertz dichiarano di non averle mai potute osservare anche usando degli stessi mezzi di preparazione indicati dal Neumann. Hollemann considera le pretese guaine di Neumann come pareti elastiche dei canali; Tomes disegna i canalicoli con una spessa vagina; Wedl dice che queste guaine altro non sono che sostanza fondamentale più compatta attorno ai canali. Hoppe ha dimostrato la differenza di composizione fra la sostanza intertubolare ed i tuboli, e mentre questi restano indisciolti all'azione dell'acqua bollente o di acidi concentrati, la sostanza intertubolare si è risolta in gelatina. Hertz e Schwann hanno constatato che la sostanza intertubolare presenta una struttura fibrosa e che ogni canaletto scorre tra filamenti.

Viven osserva che la calcinazione invade prima la sostanza intertubolare e poscia le pareti cellulari. — Raschkow dice che i sali calcari si depositano a strati attorno alle fibrille; così la pensa il Lent, che trae argomento a giudicare che la sostanza fondamentale non sia che un prodotto di secrezione degli odontoblasti e dei loro prolungamenti.

Kölliker appoggia l'idea perchè osserva la deposizione irregolare di molecole calcari nel protoplasma degli odontoblasti. Annover dice che le pareti dei tuboli devono la loro origine alla membrana ed al contenuto cellulare, mentre il nucleolo rappresenta la parte concava ed il contenuto dei canalicoli. — Waldeyer nega recisamente l'esistenza di una sostanza intercellulare fra gli odontoblasti dove all'infuori di essi, egli dice, nulla vi ha che possa calcinare. — Boll dice « la sostanza eburnea è esclusivamente formata dal cambiamento chimico e morfologico degli odontoblasti ». Hertz ritiene che la sostanza intertubolare derivi dalla parte assiale della polpa; osserva inoltre che la sostanza intercellulare mucosa non si trasforma in gelatina che gradatamente, e cioè non in modo simultaneo attorno alle cellule deputate ad assimilarsi i sali di calce.

Tomes, Waldeyer e Boll sostengono che non vi è posto per una sostanza intercellulare. Hollmann, accettando l'opinione di Kölliker ed Hertz per quanto riguarda la teoria della secrezione, ascrive agli odontoblasti l'ufficio di intermediarii. Secondo il Mühlreiter lo sviluppo della dentina ha luogo dai vasi sanguigni della polpa, in modo che gli odontoblasti vi sono soltanto come parte passiva.

Wenzel conclude che il prodotto degli odontoblasti consiste dapprima in una lamella reticolare trasparente ed omogenea sulla quale si depositano i sali di calce. — Heinecke attribuisce l'origine della dentina alla immediata calcificazione delle fibre connettivali della polpa; i suoi studii sono fatti sui vertebrati inferiori. Arkovy si accorda col Waldeyer nel dire che la dentina riceve la sostanza solida dal protoplasma mucoso o gelatinoso degli odontoblasti mentre le cellule nucleate servono a formare le fibrille eburnee.

Già da gran tempo si conoscevano le formazioni secondarie di dentina entro la camera della polpa; il Tomes appunto la chiamò dentina secondaria, l'Owen osteodentina, l'Abrich osteoide, Hohl odontoma e osteodontoma.

Bruck divide le formazioni in eburnee ed osteoeburnee; più tardi il Boedecker fece una divisione in dentina secondaria simile alla primaria, iden-

tica alla lamellare, analoga al sistema Haversiano, e per una serie di autori furono poi classificate e battezzate e ribattezzate coi nomi più composti fino a che, in un lavoro recentemente comparso, lo Schiff di Vienna fa una divisione delle formazioni solide della polpa in smaltoidi — smaltodentinoidi — dentinoidi — osteoidi — dentinosteoidi e calcoloidi, e con ciò, a mio avviso, è venuto a fare confusione maggiore di quella che esisteva.

Il Carreras che di queste produzioni secondarie si occupa in un eccellente scritto, critica lo Schiff e conclude che nelle sue ricerche trovò sempre che le produzioni secondarie nell'interno della polpa d'altro non si componevano che di avorio. — Il Black di Chicago aveva fatta già nel 1889 una classificazione un po' più ragionata e chiamava:

1. *Dentina secondaria,* qualunque nuova formazione di dentina, qualunque sia la patogenesi, purchè in connessione con la dentina preesistente (fisiologica).

2. *Tumori dentinali* tutte le formazioni nell'interno della polpa unite alle pareti da un peduncolo.

3. *Calcificazioni nodulari* fra i tessuti della polpa, masse irregolari e nodulute.

4. *Calcificazioni interstiziali* processi simili alle calcificazioni di altre parti del corpo come nell'arteriolitiasi.

5. *Calcificazioni cilindriche* della polpa, spesso accompagnate da degenerazione fibrosa della polpa e riscontrabili nei canali radicali.

6. *Osteodentina* formazioni dove il sistema dei canalicoli si unisce ad un sistema di lacune e di corpuscoli ossei.

Ed anche questa classificazione mi pare inutile, giacchè delle cose la chiarezza e semplicità vanno a costituire il miglior requisito e se mai una differenza la si vuol fare fra le varie formazioni di dentina, meglio attenersi, secondo me, a queste conclusioni.

Le formazioni di dentina secondaria non sono nella massima parte dei casi tumori della polpa, ma produzioni di avorio solo differenziabili dalla dentina normale per la irregolare disposizione dei canalicoli.

Osserviamo: 1. Formazioni *coronarie*, per lo più fisiologiche nell'uomo, sempre tali nei rosicanti;

2. *Parietali* come nella involuzione senile;

3. *Peduncolate* esclusivamente d'ordine patologico;

4. *Libere* nel parenchima della polpa e trasformazioni totali della polpa in avorio;

5. Vaso-dentina: trasformazione della polpa in avorio con interclusione di vasi, rarissima nell'uomo.

Comunque, è la misura dello stimolo che determina la quantità reattiva da parte delle cellule odontoblastiche la quale si traduce fino ad un certo limite nella produzione di avorio secondario per un processo analogo a quello della formazione di sostanza ossea dagli osteoblasti; più in là avremo la cancrena e la mummificazione della polpa.

Dopo quanto è stato detto sull'origine, funzione e destino della cellula odontoblastica, si può venire ad una conclusione che più si avvicini a quel vero che dal Tomes fu primieramente esposto ed attorno al quale le opinioni degli istologi cominciano a convergere per quel tanto che se ne erano discostate. La presenza dell'odontoblasta va considerata come l'espressione

del periodo formativo del dente, durante il quale un certo numero di cellule embrionali — le più periferiche — ingrandiscono per la formazione attorno al loro nucleo di una massa protoplasmatica che costituisce il corpo della cellula. Mano mano che il deposito calcare aumenta di densità, la estremità della cellula si assottiglia gradatamente ed assume forma di filamenta entro il canalicolo della dentina, finchè l'intiero protoplasma viene usufruito a formare, in corrispondenza al seno dei canali ramificati dell'avorio, la fibrilla di Tomes.

Pervenuto il dente a completo sviluppo, permane il nucleo circondato da una sottile aureola protoplasmatica di cui il filamento penetra fra l'avorio pei canalicoli e si porta fino al limite dello smalto; qualche volta lo sorpassa insinuandosi nello smalto entro certe cavità più spaziose che il Kölliker considera dovute a cause patologiche. Tra la dentina e lo smalto non esiste la cuticola supposta dal Berzelius e Retzius analoga alla cuticola di Nasmisth. A questo punto, si sospende l'attività formativa dell'odontoblasta, e pare che funzioni invece come organo del senso in rapporto come è con lo smalto per la fibrilla di Tomes, ed in anastomosi con le cellule sottostanti. Questa funzione sensoriale fu sostenuta dal Coleman che la paragona a quella dei corpuscoli del Pacini, a vere cellule ganglionari terminali che mandano prolungamenti fino allo smalto. — Boll asserisce d'aver vedute delle fibre nervose spinte nei canali dell'avorio; Magitôt crede che si fermino allo strato degli odontoblasti; recentemente Johnston dichiarò di essere riuscito a stabilire l'esistenza di filamenti nervosi attraverso alla fibrilla di Tomes; Reynard la deduce da esperienze fatte sulla dentina. Frattanto il Morgenstern al principio dello scorso anno in una nota preventiva ad un lavoro, che per ora non è comparso, promette di indicare il mezzo di ricerca della terminazione nervosa, che secondo questo autore — noto del resto per la sua « Storia dello sviluppo dei denti » — si spingerebbe non solo fino al limite fra dentina e smalto, ma ancora fra i prismi dello smalto stesso, e che sfuggono agli ordinarii metodi di indagine.

Comunque sia, la cosa non interessa punto al caso mio; mi preme assai più stabilire che diversamente alla classificazione che si è voluto fare delle cellule della polpa a seconda della loro posizione e forma, io sono condotto a ritenere come suscettibile di funzione odontoblastica precipuamente le cellule che accompagnano i vasi della polpa.

Il fatto del mutare esse di aspetto così che dalla periferia al centro vanno gradatamente assumendo la forma più arrotondata, non deve dipendere che dalla mutua pressione che subiscono; queste cellule, indipendentemente dalla forma e topografia, possono diventare odontoblastiche e la loro attività formativa può essere determinata da condizioni svariate tanto d'ordine fisiologico che patologico. Che la forma della cellula non costituisca un criterio sufficiente per decidere della sua attività lo si desume dal modo di comportarsi delle cellule odontoblastiche nello scheletro; esse infatti non hanno costantemente la stessa forma, ma sono o rotonde o fusiformi o irregolari, e tale irregolarità non è solo del protoplasma ma anche dei nuclei.

Vorrà dire che l'eccitazione di esse durante lo sviluppo si manifesterà esclusivamente alla periferia, da prima a contatto con la sostanza epiteliale che costituisce l'organo dello smalto, ed in seguito, per successiva metamorfosi di esse, dalla periferia al centro, così che la camera della polpa

va a poco a poco riducendo la sua capacità fino ad un minimo che sta in rapporto inverso con lo sviluppo completo del dente. A questo punto pervenuti, l'attività formativa si modificherebbe e solo in seguito a speciali stimoli, dovuti a cause fisiologiche o patologiche, le cellule possono riprendere il loro carattere funzionale e produrre del nuovo avorio. È ciò che il Tomes chiamava dentina secondaria e che a mio avviso doveva conservare questo nome senza calunniarla coi nomi più composti e strani e condannarla fra la classificazione dei tumori.

Una prima forma di questa dentina la possiamo osservare all'apice di un processo carioso: lo stimolo è risentito dalle cellule sottostanti che reagiscono opponendo quasi una barriera al progresso della carie, ma il materiale di ostruzione, mentre corrisponde pei suoi caratteri chimici al materiale di cui è composta la dentina, diversifica per la sua disposizione così che anche ad occhio nudo si mostra opaco come sull'alabastro; pare che in luogo di una regolare deposizione di sali calcari sia avvenuta una non uniforme precipitazione di essi.

Altre volte, l'attività formativa è determinata da leggere eccitazioni che possono venire dal mondo esterno, quanto per cause insite nell'organismo stesso, ed allora assistiamo nè più nè meno che al proseguimento di quella attività che col compiersi dello sviluppo del dente, era restata latente.

Il Carreras ritiene che ogni qualvolta l'aumento di dentina è dato da causa fisiologica, come sarebbe pel progredire dell'età, essa resta in intimo contatto con la dentina preesistente mentre « la lenta e continua irritazione determina dapprima la necrosi delle fibrille di Tomes per modo che distaccandosi queste dalle cellule periferiche della polpa essa resta così isolata dall'avorio che costituisce la corona del rispettivo dente ». I fatti sono veri, è solo nell'interpretazione della causa determinante che mi troverei in qualche disaccordo, giacchè non è necessario, per spiegare la divisione fra nuova e vecchia dentina, ricorrere all'ipotesi della preventiva necrosi, quando si ponga mente — lo vedremo più tardi — come a determinare la scontinuità in questione concorra la differenza strutturale della dentina di nuova formazione in confronto alla preesistente.

Infatti avverto che per quanto esista bene definita la discontinuità nelle produzioni parietali, sieno esse determinate dalla involuzione senile o da lenta e continua irritazione, i canalicoli dell'una e dell'altra parte mantengono, per la moltiplicità o scarsità dei fasci, correlazioni tali da far sospettare trattarsi di un fenomeno posteriore al fatto del nuovo deposito di dentina.

In una figura da me all'uopo disegnata (preparazione per sfregamento), la linea di frattura corre abbastanza distinta onde avere l'impressione come di un fatto posteriore, e sopra un'altra (preparato a sfregamento in sezione trasversa) la frattura è circolare e netta per due terzi, tanto che la dentina normale ha potuto staccarsi durante i maneggi di preparazione, ma per l'altro terzo si è conservata in unità e mostra il risolversi in tre crepature dalla frattura maggiore.

Questo primo modo di metaplasia va considerato nella pluralità dei casi come fisiologico specialmente per gli incisivi, dove la porzione coronaria della polpa si trasforma in avorio e mantiene quasi sempre rapporti co-

stanti con l'avorio normale. — Pare che per questi denti il lavorio di riparazione sia andato di pari passo e così continuamente quanto furono costanti e lente le cause d'eccitamento alle quali sono normalmente esposti. Nel cavallo invece, l'attrito al quale è sottoposta continuatamente la parte coronaria degli incisivi è tale stimolo alle cellule odontoblastiche che vanno a costituire addirittura quel tappo eburneo che è noto col nome di *stella* o *favo*.

Un altro modo di neoformazione si caratterizza per la partenza di un nodulo a forma rotondeggiante, alle volte lobata, di colorito simile a quello dell'ambra da un punto del ponte delle radici o dalla parete interna delle radici nei denti monoradicali. Il nodulo cresce mano mano espandendosi nella cavità della polpa per vera espansione della sostanza propria, e per apposizione di nuovo avorio fino ad obliterarla completamente spostando i vasi al di fuori e conservando rapporti con la base per un peduncolo: gli elementi della polpa che non partecipano alla trasformazione eburnea, restano compressi e si atrofizzano; in questo caso il nodulo non contrae aderenza alcuna con le pareti che, pel fatto del suo ingrossamento va solo a toccare. In un'altra figura, disegnata da un preparato per sfregamento, si potrebbe vedere il modo di comportarsi di una di queste neoformazioni, ed in una successiva, la stessa preparazione a maggiore ingrandimento, affinchè l'attenzione possa essere tratta a quelle crepature che stanno lungo il peduncolo e che decorrono in senso trasversale all'asse del peduncolo stesso. — A mio credere esse testificano chiaramente che nello sviluppo del materiale neoformato, non solo è concorso quello di apposizione, ma un aumento della massa stessa che, obbligata entro anguste ed inflessibili pareti, veniva a far ernia nell'espansione della camera. — Da ciò si può ancora arguire la relativa plasticità dell'avorio, plasticità che lo rende suscettibile di quellé modificazioni che per esigenze puramente dinamiche verranno a determinarsi in alcuni punti della linea di frattura. Meglio non potrei appoggiare il fatto che a ciò che l'Helmoltz ha dimostrato sulla dinamica dei ghiacciai. Infatti un ghiacciaio, impedito sulla sua discesa da pareti rigide, è obbligato pel peso incalzante ad attraversarlo all'asse di tensione; ora io non faccio che coordinare i fatti, e poichè mi pare trovarvi identicità di effetti, dovrò concludere per la duttilità della dentina di nuova formazione in rapporto con la sua non ancora avvenuta deposizione di sali, e per ciò paragonabile alla sostanza osteoide.

E qui mi permetto ricordare il mio primo asserto, e cioè che nelle formazioni parietali la divisione dalla nuova alla vecchia dentina non è sempre da attribuirsi alla preventiva atrofia delle fibrille di Tomes ma semplicemente alla diversità di caratteri fisici ed alle conseguenti esigenze dinamiche allorchè avvenga il consolidamento dei nuovi strati.

Dunque abbiamo visto come l'elemento odontoblastico della polpa possa anche, dopo lungo stato di latenza, riprendere le sue facoltà embrionali, e disporsi a difesa della polpa per riparare ad usure che vengono dall'esterno, come per altre cause non sempre bene apprezzabili possano stabilirsi nuovi strati concentrici che vadano gradatamente riducendo la capacità della camera, o come da un solo punto delle pareti possa alzarsi un nodulo di dentina, che a poco a poco vada invadendo la cavità stessa.

Nei primi due casi, non si può negare che le cellule funzionanti saranno le più esterne, quelle cioè del classico manto odontoblastico; nel terzo

caso può sorgere il sospetto che vi abbiano compartecipazione le cellule degli strati più profondi; ma il sospetto potrà tradursi in certezza allorquando si venga a considerare il terzo modo di eburnificazione, e cioè la formazione dei noduli nel parenchima della polpa.

Da molto tempo fu notata la presenza di questi noduli sferici o sferoidali dovuti a cause patologiche e ritenuti quali semplici calcificazioni della polpa, depositi cioè di sali calcari che avverrebbero per lo stesso processo per cui manifestasi l'arteriolitiasi o comunque tutte le forme di calcificazione in altri organi. — L'esame microscopico dimostra che tali noduli d'altro non sono costituiti che da vero avorio, identico a quello che costituisce la dentina, e solo si caratterizza per la prevalenza della sostanza fondamentale sui canalicoli e per la irregolarità della loro disposizione. — Infatti essi decorrono dalla periferia al centro o dal centro alla periferia intrecciandosi bizzarramente e formando dei fiocchi simili alla stoppa.

Fu espressa l'opinione che tali noduli derivassero dall'avorio preesistente e venissero, quindi, ad espandersi comprimendo la polpa che anderebbe man mano atrofizzandosi, mantenendo però rapporti con le pareti della camera per mezzo di un peduncolo che successivamente verrebbe ad infrangersi abbandonando la massa ciottolante nella cavità del dente. Ma perchè non sempre era possibile dimostrare la presenza del punto d'inserzione, si è ricorso alla artificiosa ipotesi — fu il Wedl che la espose — che i corpi isolati si sviluppassero dallo strato odontoblastico che per speciali alterazioni avrebbe invertita la sua azione, da esogena ad endogena. — Alle volte non si tratta di un nodulo unico ma di noduli multipli disseminati nel parenchima o fusi insieme, od in via di fusione; qui lo strato odontoblastico non vi ha cooperazione e trattasi evidentemente della trasformazione delle cellule più centrali, ovali o rotonde.

In una figura, è rappresentata una polpa levata fresca da un dente e dove si può vedere un grande nodulo seguito verso la parte radicale da molti altri più piccoli; i canalicoli eburnei decorrono a guisa di ciuffi di capelli dal centro alla periferia; evidentemente il classico mantello degli odontoblasti non ebbe parte alcuna in questa formazione. Piuttosto la presenza di questi noduli si potrebbe spiegare così: gli odontoblasti che trovansi nella polpa e che sono distribuiti nel connettivo lasso che circonda le anse vascolari della polpa corrispondono perfettamente agli osteoblasti che stanno attorno ai vasi nei canali Haversiani delle ossa e che in determinate condizioni di irritazione reagiscono dando luogo alla formazione della sostanza ossea. Riguardo alla modalità per cui ha luogo questa formazione di avorio, verosimilmente non esistono grandi differenze da quanto avviene per la sostanza ossea. Il protoplasma cioè degli odontoblasti, fondendosi, dà luogo alla sostanza fondamentale dell'avorio allo stesso modo che il protoplasma degli osteoblasti fondendosi dà luogo alla sostanza fondamentale delle ossa.

In un'altra figura è raffigurato un altro preparato di polpa fresca dove i noduli espandendosi divaricano i vasi e li comprimono: tanto nei noduli del primo che del secondo preparato riescono evidenti le linee di Owen, e cioè quelle sfumature concentriche, molto frequenti nei cetacei e pachidermi e ritenute dallo Schreyer doversi a filari di spazii intertubolari.

In una figura successiva, gli stessi noduli sono venuti a mutuo contatto e ne è cominciata la fusione in masse maggiori. A questo modo, a mio avviso,

si arriva alla trasformazione completa della polpa in avorio. Osservo ancora che nel maggior numero dei casi i noduli riposano sopra sottili membranelle a maglie irregolari strettissime che alle volte compenetrano anche le masse eburnee; qua e là stanno disseminati dei cristallini birifrangenti solubili all'azione dell'acido cloridrico, con tutti i caratteri insomma dei cristalli di carbonato di calce; vi abbonda spesso il pigmento ematico. Le membranelle sono aniste, omogenee, prive di vasi e si svolgono facilmente in larghe pieghe. Quantunque sia sconosciuto il meccanismo di formazione di esse, sembrami potersi ammettere trattarsi di un prodotto non calcificato degli odontoblasti anzichè di una neoformazione connettiva propriamente detta, oppure una espansione del periostio, anzitutto per essere prive di vasi, poi per non presentare la struttura tipica del periostio, poi perchè non si riscontra che in polpa allo stato patologico, e rappresenterebbe piuttosto una sostanza osteoide formatasi dalla fusione degli odontoblasti.

Ma io dovrei qui esaminare due fatti nuovi ed importantissimi che vengono in campo e che mi limiterò ad enunciare giacchè il tempo mi venne meno per farne uno studio completo.

Alle volte la polpa è sostituita completamente nella cavità da una massa fibrosa aggomitolata indistricabile; per lo più il canale della radice è in questi casi ostruito completamente o quasi da masse eburnee; ho una figura che è tolta da un preparato di dente essiccato. Mai poi che mi sorse il dubbio che il fatto potesse dipendere dalla essiccazione stessa, rivolsi le mie ricerche su polpe fresche allo stato patologico ed ho potuto procurarmi dei denti dove la camera della polpa era nella parte inferiore riempita parzialmente da una massa eburnea, mentre la parte superiore si presentava appunto occupata da una sostanza fibrosa, elastica, di colorito bianco pagliarino, che al senso dava l'impressione come se fosse composta da feltro e che occupava tutta la cavità della polpa ritraendone le forme.

Esternamente il dente non presentava alterazione alcuna, nemmeno di colorito. Successivamente, per altre due volte ho constatato il medesimo fatto accompagnato da identici reperti clinici, che non trovo necessario qui di descrivere. Dilacerata una porzione di questo tessuto e trattata con una soluzione fisiologica di cloruro di sodio, la vidi percorsa da una quantità di capillari ben distinti sul fondo chiaro per una colorazione di ossido di ferro idrato. Colorata col carminio apparve distintamente composta da cellule molto allungate a scarso protoplasma con nucleo finamente granuloso e sformato; altre volte i nuclei stanno isolati a contorni irregolari. Le cellule sono allungate, disposte in una scarsa sostanza fondamentale, la cui configurazione è fibrillare e s'intrecciano disordinatamente fra loro formando delle maglie strette entro cui mi parve di osservare qualche piccolo cristallo di carbonato di calce. In una figura riproduco fedelmente due di questi preparati, l'uno senza colorazione per l'esame dei vasi, l'altro colorato col carminio.

Il secondo fatto che mi fu dato osservare, e che qui solo accenno, è la possibilità che, contrariamente a quanto da tutti gli istologi fu scritto, la polpa nerveo-vascolare abbia una impalcatura di sostegno data dalla guaina nerveo-vascolare che, accompagnato il fascio per buon tratto entro al canale della radice, giunta in vicinanza alla espansione della camera, viene a dividersi ed a costituire altrettante logge quante sono le radici del dente.

A dimostrazione della mia affermazione prendo due disegni tolti da denti essiccati dove microscopicamente la impalcatura si è resa visibile. Se fossi stato così fortunato da osservare prima d'ora il fatto, ne avrei fatto esclusivo argomento di conferenza; vuol dire che sarà invece oggetto di ulteriore studio di istologia normale; per ora considero l'enunciato come chiuso fra parentesi, e ritorno all'argomento principale per dire dell'altra forma di metaplasia, cioè della vasodentina.

L'Ower la chiamò osteodentina, ma molto più propriamente fu da Carlo Tomes denominata vasodentina e da esso studiata nei denti dei pesci e per analogia sospettata possibile anche nell'uomo. Esso indica come tipici i denti conici del merluzzo dove i capillari decorrono entro la dentina circondati da odontoblasti; la sua indagine è condotta in genere ai pleuronectidi e conclude per ritenere che le formazioni eburnee della polpa, normali per certi animali, sieno da ritenersi come patologiche nell'uomo, nel quale, però, non ebbe a riscontrare esempii di vasodentina ma solo produzioni globulari.

Qualche autore dice di averla trovata anche nei denti umani, e realmente si tratta della inclusione di qualche vaso maggiore fra gli spazii interglobulari della dentina, ed è già molto per poter sostenere la possibilità di complete formazioni di vasodentina nell'uomo.

Non ascrivo a merito, ma a fortuna d'aver potuto incontrarmi in una preparazione abbastanza bene riuscita, date le difficoltà di ottenerle perfette per sfregamento. In un mio disegno fedele, dall'andamento dei singoli ciuffi di canalicoli si può arguire che la neoformazione, partendo simultaneamente da punti varii, è venuta a fondere assieme i globuli plasmandosi attorno ai capillari senza alterarne il lume. La rarità del caso dipende forse dal fatto che non sia possibile tollerare il dolore che dev'essere conseguente alla pressione esercitata sui nervi, e che il paziente ricorra, prima che l'avvenimento sia compiuto, all'opera del chirurgo.

Ma, come facilmente si può comprendere, io non azzardo giudizio alcuno, ma affermo intanto che se la vasodentina è normale nei pesci studiati dal Tomes, sarà patologica nell'uomo, sarà, come disse lo Schmutz, « una cosa fuori di posto », ma non pertanto esiste.

Conclusioni

Il nome di metaplasia dovrebbe sostituire ogni altro nome che si è voluto dare alle neoformazioni eburnee dentro alla camera della polpa dentaria: esse sono dovute all'attività delle cellule odontoblastiche; che tali non sono da considerarsi solo quelle dello strato più periferico in modo che allo stimolo reagiscono producendo avorio con le identiche modalità con cui si comportano gli osteoblasti dello scheletro. Che infine la classificazione che se ne può fare non può derivare da criterii strutturali od eziologici, ma semplicemente dai rapporti che la neoformazione assume con la dentina fisiologica.

Le ore pomeridiane vennero dedicate alle dimostrazioni pratiche del dottor Weil *relative al suo tema svolto nella seduta antimeridiana.*

Terza Seduta.

31 Marzo 1894, ore 9.

Presidente: dott. A. COUILLAUX (Milano).

P. Carreras (Pisa):

Sulla proprietà assorbente della polpa dentaria. Ricerche sperimentali fatte sopra diverse specie di animali.

Mentre noi abbiamo la necessità di applicare continuamente sopra la polpa dentaria medicamenti molto energici e spesso venefici, sia per cauterizzare la medesima, sia per rendere asettica la cavità che la conteneva ed i residui di essa che vi potessero essere rimasti, per quanto io mi sappia, non è stato dimostrato scientificamente, se e fino a qual grado la polpa dentaria abbia potere assorbente, per modo da mettere in circolo i medicamenti sopra di essa applicati, e così portare la sua azione sopra l'intero organismo.

Scopo del presente lavoro è stato dunque di provare, col metodo sperimentale, il potere assorbente della polpa dentaria.

L'idea d'intraprendere gli studii suddetti è nata in me dal riflettere, che l'esito felice delle otturazioni nei denti la cui polpa dentaria sia gangrenata, o spontaneamente, o per l'applicazione di caustici, dipende sempre dall'impedire che nella cavità che la conteneva si sviluppino microrganismi, i quali infettando il periostio intralveolare, determinino poi l'ascesso dentario. Siccome però non possiamo esser certi in modo assoluto, di avere asportati i residui della polpa dentaria gangrenata e i suoi peduncoli, come sarebbe indicato, ne emerge la necessità di potere sterilizzare i peduncoli della polpa dentaria ed i residui di essa rimasti nella sua cavità, con la certezza di non portare danno sopra l'intero organismo.

Riflettendo allora come la sostanza la quale abbia un potere antisettico il più attivo, sia il deuto-cloruro di mercurio, pensai di riempire la cavità della polpa dentaria di detto sale, unito ad un veicolo inerte, mediante il quale potesse immedesimarsi coi residui della polpa dentaria necrotizzata e quindi chiudere l'orifizio della cavità della polpa stessa, con cemento Excelsior di Ash, per poi fare l'otturazione definitiva. Ciò allo scopo, come già ho accennato, di sterilizzare i peduncoli della polpa dentaria lasciati nei canali delle radici, o meglio i microrganismi in essa contenuti.

Già l'illustre Miller, celebre per i suoi lavori sopra i microrganismi della bocca, aveva suggerito di mettere nella cavità della polpa i piccoli dischi di sublimato ed acido borico, o di solfato di rame, ed io sotto la scorta di sì illustre autore, voleva empire la cavità della polpa dentaria e suoi canali di sublimato unito ad un veicolo liquido, da immedesimarsi più perfettamente con ciò che di settico può rimanere in detta cavità. Però mi si presentò subito alla mente il pensiero, se parte delle quantità

di bicloruro di mercurio, che si doveva adoperare, potesse venire assorbita e messa in circolo dai vasi dei peduncoli della polpa rimasti, e portare disturbi generali di attossicamento mercuriale.

Era appunto questo il fatto da chiarirsi sperimentalmente, per potere poi andare franchi nell'adoperare, per il nostro scopo, il bicloruro di mercurio ad alte dosi. A tal fine ho fatte delle esperienze in proposito sopra diverse specie di animali alla Scuola di Materia medica della R. Università di Pisa, sotto la direzione dell'illustre prof. Fubini.

Questo argomento mi è sembrato di non lieve importanza e quindi credo conveniente comunicarvi il risultato dei miei studii.

Il metodo sperimentale che abbiamo tenuto fu il seguente: Fissato l'animale sopra apposito apparecchio, si apriva e si teneva spalancata la cavità orale, mediante adatto apribocca, in modo da avere allo scoperto le due arcate dentarie e così potervi comodamente agire. Messa quindi a nudo la polpa dentaria del dente sopra il quale si voleva operare, mediante il trapano di White, ed isolato accuratamente il dente con la diga dentaria od altro mezzo che meglio si prestasse al caso, si applicava la sostanza medicamentosa che si voleva sperimentare, otturando poi l'orifizio del foro praticato, prima con un tampone di cotone asciutto, poi con cemento Excelsior di Ash. Tuttociò allo scopo, che il medicamento adoperato non venisse menomamente a contatto con la mucosa boccale.

I medicamenti adoperati sono stati: l'joduro di potassio, l'jodoformio, il deuto-cloruro di mercurio, il salicilato di sodio, il nitrato di stricnina.

Concludendo, io devo dire, che mentre a priori sembrerebbe naturale, che messa a nudo la polpa dentaria ed aperti i suoi vasi sanguigni, un medicamento dovesse facilmente entrare in circolo, gli esperimenti a me hanno dimostrato il contrario nella pluralità dei casi, e solo si è verificato *leggerissimo* assorbimento pel joduro di potassio in tre casi. Quindi devo dedurne, che la polpa dentaria di un dente giunto a completo sviluppo, ha un potere assorbente molto limitato pel joduro di potassio, sostanza eminentemente diffusibile, e che tale assorbimento (stando al risultato dei nostri esperimenti) si è verificato nullo per le altre sostanze adoperate, fra le quali il nitrato di stricnina ed il bicloruro di mercurio; per cui si può applicare quest'ultimo sopra la polpa dentaria anche ad alte dosi, senza correre pericolo alcuno per l'intero organismo.

Questo differente modo di comportarsi della polpa dentaria, di fronte agli altri tessuti animali, si può spiegare, dalla mancanza in essa di veri e proprii vasi linfatici[1]) e dall'esiguità dei capillari venosi, che attraverso il foro apicale delle radici, riconducono il sangue nel torrente sanguigno.

Discussione

Prof. **P. M. Giuria** (Genova): osserva che l'oratore parlava di denti a sviluppo completo, e che le esperienze sugli animali (cani) furono fatte in animali giovani, e specialmente col joduro di potassio, sostanza più facilmente

[1]) Tomes, Anatomia comparata, Carte 108, anno 1880.
Kölliker, Istologia, Carte 489, anno 1868, edizione francese.

assorbibile. Avrebbe quindi desiderato si facesse distinzione fra individui giovani e adulti, fra individuo e individuo, essendo maggiore o minore la sensibilità della polpa.

Dott. **Platschick** (Milano): parla dell'escara prodotta dall'acido arsenioso e dell'avvelenamento che talvolta ne avviene.

Dr. **Heitmüller** (Göttingen):

Die Principien der Behandlung von Zähnen mit gangränoser Pulpa und die Behandlung der Molaren mit Gangrän der Pulpa im Speciellen.

Meine Herren! Es giebt wohl kaum ein Gebiet in der operativen Zahnheilkunde, in welchem so verschiedene Ansichten und Methoden bestehen, als in der Behandlung von Zähnen mit Gangrän der Pulpa.

Wenn nun von den Vertretern aller dieser Methoden behauptet wird, dass sie mit denselben gute Erfolge bei der Behandlung von Zähnen mit gangränöser Pulpa erzielt hätten, so müssen alle diese Methoden doch etwas Gemeinsames haben, worauf es bei der Behandlung ankommt und wovon die guten Erfolge in erster Linie abhängen.

Nachdem wir in der Erkenntniss der Krankheitsursachen in den letzten Jahrzehnten, besonders Dank den bacteriologischen Forschungen, ungeheure Fortschritte gemacht haben, dürfen wir wohl nicht bei der einfachen Registrirung der verschiedenen Methoden stehen bleiben, wie es gewöhnlich in den Lehrbüchern geschieht, sondern wir müssen die Principien zu erforschen suchen, deren Erfüllung die Erfolge in der Behandlung von gangränösen Zähnen bedingt, und die vorhandenen Methoden daraufhin prüfen, welche von ihnen am sichersten und leichtesten diesen Grundbedingungen nachkommen.

Im Folgenden habe ich mich bemüht, die Principien bei der Behandlung von Zähnen mit Gangrän der Pulpa genauer zu formuliren, welche wir möglichst zu erfüllen suchen müssen.

1. Die Wurzelkanäle müssen aseptisch gemacht werden.

2. Bei der Behandlung der Zähne dürfen keine Stoffe, welche einen septischen oder andauernden physicalischen oder chemischen Reiz auf die den Zahn umgebenden Gewebe ausüben können, durch das Foramen apicale der Wurzeln gedrängt werden.

3. So lange sich noch septische Stoffe im Wurzelkanale befinden, und so lange noch eine erhebliche Entzündung an der Wurzelspitze besteht, ohne dass eine Zahnfistel vorhanden ist, dürfen die Wurzelkanäle nicht fest verschlossen werden, damit etwa sich darin bildende Gase oder Entzündungsproducte aus den Geweben in der Umgebung des Zahnes leicht einen Ausweg finden können.

4. Die Wurzelkanäle müssen mit einer Masse gefüllt werden, welche verhindert, dass später jemals wieder septische Zersetzungsprocesse im Innern der Wurzelkanäle stattfinden.

5. Das Füllungsmaterial selbst darf keinen erheblichen Reiz auf die den Zahn umgebenden Gewebe ausüben.

6. Die Füllungsmasse darf ferner keine oder doch nur eine unerhebliche Verfärbung des Zahnes herbeiführen.

7. Das Material muss endlich ohne grosse Schwierigkeiten in die Wurzelkanäle einzuführen und nöthigenfalls auch leicht wieder aus denselben zu entfernen sein, um bei später sich einstellenden Entzündungserscheinungen eine Wiederholung der Behandlung des Zahnes vornehmen zu können.

Es würde über den Rahmen dieses Vortrages hinausgehen, wenn ich alle Methoden der Behandlung von Zähnen mit Gangrän der Pulpa einer näheren Besprechung unterziehen wollte, in wie fern dieselben diesen Principien Rechnung tragen. Ich will mich daher nur darauf beschränken, über die Behandlung von Molaren mit gangränöser Pulpa im Speciellen zu sprechen, da die meisten der bestehenden Methoden sich gerade hierzu nicht gut eignen.

Eine der ältesten Methoden, die noch von Vielen geübt wird, besteht in dem Ausbohren der Wurzelkanäle und dem Füllen derselben mit Gold- oder Zinn-Folie. Diese Methode lässt sich bei den Molaren besonders schwer anwenden. Man muss bedenken, dass die Wurzelkanäle von Molaren im Querschnitt höchstens bei den lingualen Wurzeln der oberen und den distalen Wurzeln der unteren Mahlzähne rundlich, im Uebrigen aber oval oder unregelmässig geformt sind, dass ferner die Wurzeln manchmal an der Spitze stark gekrümmt oder getheilt sind, und dass man in manche Wurzelkanäle nur mit den allerfeinsten Nervnadeln ohne Widerhaken bis zur äussersten Spitze gelangt, oder dass gar die Kanäle durch Dentin-Neubildungen verstopft sind. Aus diesen Gründen ist es leicht erklärlich, dass es auch dem besten Operateur oft nicht gelingt, alle septischen Massen aus den Wurzelkanälen durch Ausbohren zu entfernen, und dass die Durchbohrung der Wurzelwandung, sowie das Abbrechen von Bohrern bei Anwendung dieser Methode durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört. Das Ausfüllen der Wurzelkanäle mit Gold oder Zinn hat besonders die Nachtheile, dass man sehr viel Zeit damit verschwendet und ein derartiges Material meist nie wieder aus den Kanälen entfernen kann, wenn eine Neubehandlung des Zahnes nöthig werden sollte.

Eine andere Methode der Behandlung von Zähnen mit Gangrän der Pulpa besteht im Ausbrennen der Wurzelkanäle auf galvano-caustischem Wege; aber auch nach dieser Methode wird man in den meisten Fällen bei der Behandlung von Molaren aus den obenerwähnten Gründen die Wurzelkanäle derselben nicht bis zur Spitze desinficiren können.

Das eben Gesagte gilt bei der Behandlung von Molaren auch für das Verfahren von Schreyer (Wien), welcher durch Einführen von Natrium oder Kalium in die Wurzelkanäle eine Verseifung ihres Inhalts herbeiführen und dieselben auf diese Weise aseptisch machen will. Dann hat die Methode von Schreyer noch das Unangenehme, dass die Patienten die Hitze des im Wurzelkanal verbrennenden Kaliums oft sehr unangenehm empfinden und bei schwer zugänglichen Cavitäten, wo der Cofferdam nicht gut angelegt werden kann, durch die bei der Verbrennung des Kaliums herumspringenden Theile desselben leicht verbrannt werden.

Sehr viele Zahnärzte behandeln die Zähne mit Gangrän der Pulpa in der Weise, dass sie vermittelst feiner, mit Widerhaken versehener Nervnadeln möglichst tief in die Wurzelkanäle eindringen, um die abgestorbenen Pulpen-

theile zu entfernen und dann wiederholt einige mit einem Antisepticum getränkten Wattefäden in die Wurzelkänale einlegen. Diese Methode ist für gewöhnlich eine recht gute, besonders bei den Frontzähnen, bei denen die Cavitäten leicht derartig erweitert werden können, dass man in ziemlich gerader Richtung in die Wurzelkanäle eindringen kann und letztere nur selten sehr fein sind. Bei Molaren jedoch ist aus den früher angegebenen Gründen immer die Gefahr vorhanden, dass die Desinfection nicht in genügender Weise ausgeführt wird und dass Theile der mit Widerhaken versehenen feinen Nervnadeln abbrechen, wodurch die ganze fernere Behandlung des Zahnes vereitelt wird.

In neuerer Zeit befürworten Cunningham und Andere die sofortige Füllung der Wurzelkanäle gleich in der ersten Sitzung. Wenn es auch nicht zu bezweifeln ist, dass auch mit einer derartigen Behandlung Erfolge erzielt worden sind, so muss die allgemeine Anwendung eines derartigen Verfahrens sich doch nach unserer wissenschaftlichen Erkenntniss von selbst verbieten. Man ist nie ganz sicher, ob man aus den bereits angeführten Gründen mit der ersten Behandlung schon eine vollkommene Sterilisation der Wurzelkanäle, besonders der Molaren, erreicht hat, oder ob nicht Erkrankungen der den Zahn umgebenden Gewebe vorhanden sind, die eine längere Behandlung erheischen, oder ob nicht bei der Reinigung der Wurzelkanäle septische Massen durch das Wurzelforamen getreten sind, welche eine Periodontitis veranlassen, bei der vor allem den Entzündungsproducten ein Ausweg durch die Wurzelkanäle gelassen werden muss.

Ich komme jetzt zu einer Methode, welche auch bei der Behandlung von Molaren mit gangränöser Pulpa den angeführten Principien möglichst Rechnung trägt und welche ich selbst seit längerer Zeit in über hundert Fällen mit dem besten Erfolge bei Backenzähnen angewandt habe. Diese Methode lässt sich bei sämmtlichen Molaren im Munde nicht schwer ausführen, einerlei auf welcher Seite des Zahnes sich die Cavität befindet, und gründet sich auf den Satz, dass man auch gangränöse Pulpenreste in den Wurzelkanälen belassen kann, wenn es gelingt, dieselben durch Anwesenheit besonders dazu geeigneter antiseptisch wirkender Stoffe in einen dauernd aseptischen indifferenten Körper zu verwandeln. Ich will das Verfahren in Folgendem ausführlich beschreiben.

Nachdem man die Kronencavität von Speiseresten und cariösen Massen gereinigt hat, erweitert man dieselbe, bis man die Eingänge zu den Wurzelkanälen direct oder im Spiegel sehen kann. Nach Isolirung des Zahnes durch Gummi, Watterollen oder Wundschwamm wird mit einer sogenannten Augen-Tropfspritze, welche in eine feine gebogene Spitze ausgezogen ist, ein Tropfen Karbolsäure oder wegen der geringeren Gefahr der Aetzung noch besser Lysol auf den Boden der vorher ausgetrockneten Cavität gebracht, so dass die Eingänge zu den Wurzelkanälen damit überschwemmt sind. Dann entfernt man möglichst viel von den abgestorbenen Pulpentheilen vermittelst Donaltson'schen Nervnadeln mit spiralförmig angeordneten Widerhäkchen, welche nicht leicht brechen, und dringt dann mit ganz haarfeinen Nervnadeln ohne Widerhaken (Miller's Nervnadeln) unter Pumpbewegungen vorsichtig bis zu den Wurzelspitzen vor. Beim jedesmaligen Herausziehen der Nadel fliesst das Lysol in den vorher von dieser eingenommenen Raum der Wurzelkanäle, erweicht den Inhalt derselben und fliesst mit letzterem bei dem Wiederein-

führen der Nervnadel zum Theil wieder heraus. Nachdem man auf diese Weise das Antisepticum ohne besonderen Druck bis zur Spitze der Wurzelkanäle eingeführt und die Pulpenreste entweder entfernt oder mit dem Lysol angefeuchtetes Wattebäuschchen in die Cavität über die Eingänge der Wurzelkanäle angebracht hat, schliesst man die Cavität mit einer Füllung von Fletcher's artificial Dentine ab, um den Patienten möglichst wenig durch den Geschmack des Antisepticums zu belästigen, und durchbohrt die Füllung mit einem feinen Drillbohrer, damit Gase oder sich bildender Eiter einen Ausweg finden können. Nachdem man das Verfahren einige Tage hinter einander wiederholt hat, füllt man die Wurzelkanäle mit einer dickflüssigen, dauernd antiseptisch wirkenden Pasta. Ich verwende dieselbe in folgender Zusammensetzung:

Zinc. oxydat.	5,0	oder auch:	Zinc. oxydat.	5,0
Diaphterin	2,0		Hydrarg. salicylic.	2,0
Aq. dest. q. s. ut fiat pasta,			Acid. thymic.	0,3
			Aq. dest. q. s. ut fiat pasta.	

Miller hat das salicylsaure Quecksilber zuerst zur Imprägnirung von amputirten Pulpen empfohlen. Es besitzt nach genaueren Untersuchungen desselben, ohne ätzend zu wirken, eine sehr bedeutende antiseptische Wirkung und kann dieselbe sehr lange ausüben, da es schwer löslich ist.

Man führt die Pasta am besten in kleinen Portionen mit feinen Nervnadeln unter Pumpbewegungen ein, so dass dieselbe an den Wänden der Wurzelkanäle haften bleibt und die noch im Kanal befindlichen Pulpentheilchen vollständig einhüllt. Dann zieht man einen Theil der Feuchtigkeit der eingeführten Pasta durch Aufdrücken von Fliesspapier aus, trocknet die Pulpenkammer in der Krone des Zahnes sorgfältig und füllt dieselbe mit Chlorzink-Cement, welches vermittelst Wattebäuschchen selbst an schwer zugänglichen Stellen leicht eingeführt werden kann, da es nicht an der Watte kleben bleibt, wie Phosphat-Cement. Die Kronencavität füllt man, wenn möglich, auf einige Zeit mit Guttapercha und erst später, wenn inzwischen keine Wurzelhautentzündung entstanden ist, mit einem festen Material. — Falls es selbst mit den feinsten Nervnadeln nicht gelingt, bis zu den Spitzen der Wurzelkanäle vorzudringen, weil dieselben durch Dentin-Neubildungen verstopft sind, so gelingt es doch in vielen Fällen, derartige Molaren zu erhalten, wenn man statt des salicylsauren Quecksilbers das löslichere und noch stärker antiseptisch wirkende Sublimat in der Pasta verwendet und mit derselben den zugänglichen Theil der Wurzelkanäle füllt. Das Einführen dieser Pasta geschieht am besten vermittelst feiner Nervnadel aus Iridium-Platinum, da das Sublimat Stahlinstrumente zu sehr angreift. Das Sublimat durchdringt dann oft noch den für Nervinstrumente nicht mehr zugänglichen Theil der Wurzelkanäle und sterilisirt dieselben. Allerdings werden die mit Sublimat behandelten Zähne erheblich verfärbt, doch fällt dieses bei den Mahlzähnen weniger in's Gewicht, als bei den Frontzähnen.

Nachdem ich bis jetzt von der Behandlung von Zähnen mit Gangrän der Pulpa, deren Wurzelhaut noch gesund ist, gesprochen habe, will ich nur ganz kurz die Fälle besprechen, bei denen bereits pathologische Veränderungen der den Zahn umgebenden Gewebe stattgefunden haben. Die Behandlung ist auch dann noch, abgesehen von bestimmten später noch zu

erwähnenden Erkrankungsformen, meist erfolgreich und wird ungefähr in derselben Weise ausgeführt wie vorher, nur wird man mit der definitiven Füllung der Wurzelkanäle oft längere Zeit warten müssen. Bei Zähnen mit einem blinden chronischen Abscess muss man, nachdem die Wurzelkanäle gründlich gereinigt und desinficirt sind, antiseptisch wirkende Flüssigkeiten durch das Wurzelforamen in die Abscesshöhle pumpen und für genügenden Abfluss der sich bildenden Entzündungsproducte sorgen. Letzteres gilt in noch höherem Maasse für die Behandlung von Zähnen mit einer acuten Wurzelhautentzündung, damit der Eiter den Knochen nicht in grösserer Ausdehnung infiltrirt oder an unliebsamen Stellen durchbricht. Der Abfluss der Entzündungsproducte muss möglichst durch die Wurzelkanäle erfolgen. Ist dies nicht möglich, so kann man jenen in geeigneten Fällen einen Ausweg verschaffen, indem man, nach Anästhesirung des Zahnfleisches durch Aethylchlorid, mit einem feinen gut desinficirten Fissurbohrer oder einer kräftigen Lancette von aussen her in der Gegend der Wurzelspitze des kranken Zahnes bis in die Alveole desselben eindringt. Gelingt es, die Wurzelkanäle bacterienfrei zu machen und den Zustand der Zähne in einen für die Umgebung desselben reizlosen zu verwandeln, so nimmt die Ausscheidung von Secreten bald ab, Granulationen bilden sich zurück, und die Fisteln schliessen sich.

Ist es bereits zur Cystenbildung an der Wurzelspitze der Zähne gekommen, oder ist in Folge von Vereiterung des Peridentiums bereits eine partielle oder totale Nekrose der Zähne eingetreten, so ist überhaupt von jeder Wurzelbehandlung abzusehen und es bleibt nur die Extraction der Zähne übrig.

Discussione

Dott. **Tanzer** (Olanda): sta per l'uso del sodio e potassio del dottore Schreyer.

Harwalik (Trieste): propende per l'assoluta politura meccanica dei canali radicolari, e col sapone a base di potassa, molto alcalino.

Prof. **Miller** (Berlino): dice della necessità di evitare in certi casi di estrarre le polpe mortificate e fare quindi subito le otturazioni: parla delle varie sostanze antisettiche usate, e fra queste dà la preferenza alla miscela di bicloruro di mercurio 0.004 e acido timico 0.006; applicazione di diafterina e salicilato di mercurio 0.04 e acido timico 0.06. Questo metodo pare sia preferibile alla cura col lisolo. Accenna che i suoi esperimenti e le sue opinioni sono state riportate in diversi Giornali Dentistici.

V. Guerini (Napoli):

L'Arte dentaria presso gli antichi popoli Italiani.

Altamente onorato di riprodurre tutti i monumenti rappresentanti l'arte dentaria presso gli antichi popoli italiani, per esporli nella sezione di Archeologia medica, io ho compiuto questo lavoro e son lieto di presentarlo all'intelligente osservazione di voi tutti.

Appena ebbi accettato tale impegno, poichè il tempo assegnatomi era brevissimo mi recai subito a Roma, dove visitando i Musei trovai in quello

di Papa Luigi un apparecchio dentario costruito in oro, a diversi anelli di sostegno quasi quadrangolari, uno dei quali è traversato da un pernio ribadito alle due estremità che serviva di sostegno ad un dente molare che dopo tanti secoli è andato perduto o distrutto.

Mi recai in seguito a Corneto, una volta Tarquinia, metropoli della antica Etruria e quivi visitai il Museo Civico e quello del conte Bruschi.

Nel primo rinvenni due esemplari di protesi dentaria, uno dei quali, molto interessante, fu trovato in una tomba della necropoli Etrusca che secondo l'illustre archeologo Helbig rimonta a parecchi secoli prima dell'èra cristiana. È una protesi di tre denti, i due incisivi mediani superiori, ed il secondo piccolo molare, che più non esiste.

Per sostenere questi tre denti, il nostro egregio collega Etrusco di circa 3000 anni or sono si serviva come punto di appoggio e di sostegno del piccolo incisivo di destra, del canino, del primo piccolo molare e del primo grosso molare di sinistra, con un sistema di anelli di oro pure saldati tra loro in continuazione. Il soggetto aveva forse perduto per carie gli altri tre incisivi, e poichè secondo le leggi religiose di quei tempi i morti erano sacri e sarebbe stato considerato come un sacrilegio il servirsi dei loro denti, il dentista ebbe la felice idea di sostituirli con un dente di bue che ridotto, e mediante una scanalatura mediana rappresentava in due i tre denti perduti, forse perchè lo spazio si era ristretto per aver ritardata la sostituzione, o forse ancora perchè il soggetto non aveva mai avuto l'incisivo laterale di destra per mancanza di germe.

Non vi tacerò che per riprodurre questo lavoro ho perduto molto tempo alla ricerca di un dente di bue che non fosse consumato dalla masticazione, ed allora io ho avuto l'idea — come credo che abbia fatto il collega Etrusco — di aprire cioè il mascellare superiore di un vitello prossimo a mettere la seconda dentizione, e di strappare dal suo seno mascellare i denti forti, ben formati e non deteriorati dalla masticazione. Nel pezzo originale il secondo piccolo molare, artificiale, è andato perduto. Pur tuttavia vi si scorge ancora il pernio che lo sosteneva che traversa l'anello circuente, ribadito da ambo i lati. Il dentista Etrusco eseguì questa protesi in modo che la linea degli anelli di sostegno traversava orizzontalmente e quasi nel loro centro le corone dei denti, sia i naturali che gli artificiali, lasciando un certo spazio tra il corpo estraneo e la gengiva per evitare la conseguenza del contatto, e la depressione conica del colletto, sfavorevole alla stabilità della protesi.

Un altro apparecchio di legatura dentaria conservato nel medesimo Museo fu trovato in un sarcofago che rimonta alla medesima epoca del precedente. Esso è costituito da due strisce di oro laminato, una labiale, l'altra linguale, unite tra loro da quattro tramezzi d'oro formanti cinque caselle quadrate: tre per ricevere i denti naturali che sostengono la protesi, e due altre cassette per sostenere, mediante dei pernii, due denti umani posticci, dei quali uno è andato perduto, l'altro resta tuttora imperniato e fisso come si può constatare nelle mie riproduzioni e nell'originale di Corneto. Questi denti umani posticci, stante le dette leggi religiose di quei tempi, dovevano aver appartenuto alla medesima persona, e caduti forse in seguito a periostite espulsiva.

I due esemplari esposti nell'altro Museo sono più piccoli, ma costruiti con lo stesso sistema. In uno dei due, gli anelli di legatura interessano il

canino superiore di destra fino all'incisivo laterale di sinistra, per sostenere il solo incisivo medio di destra.

L'altro apparecchio è costituito da due anelli: l'uno racchiude il canino superiore di sinistra, l'altro l'incisivo medio di sinistra. Tra questi due anelli manca l'altro anello imperniato, sostenitore di un dente posticcio, poichè al suo posto si trova una sbarrella orizzontale di oro saldata tra i due anelli. Io suppongo che, non volendo forse il soggetto portare denti artificiali (ripugnanza che anche adesso si riscontra in talune persone) il dentista si sia limitato a mettere tra i detti due denti la sbarrella orizzontale di oro per mantenere la posizione anatomica dei due denti laterali e lo spazio del dente perduto, e per evitare così i deplorevoli risultati della convergenza.

È da notare che le striscie laminali e gli anelli d'oro sono senza economia di superficie, e per conseguenza molto visibili, ciò che dipende forse dal fatto che essendo quei lavori di oro purissimo, si doveva sostituire colla spessezza, la soverchia malleabilità dell'oro. Bisogna per conseguenza ritenere che non doveva esser vergogna il portar denti artificiali, ma che anzi ciò doveva costituire un lusso.

Questi denti artificialmente applicati non hanno lamine basilari di oro, di maniera che la gengiva rimane estranea ed indifferente al sostegno della protesi, e non soffre il contatto comprimente del corpo estraneo, essendo questo sostenuto a guisa di ponte dai denti contigui.

I dentisti italiani di circa 3000 anni fa avevano dunque un sistema di lavori a ponte: diggià il *Bridge work* era eseguito dai dentisti etruschi in un modo abbastanza buono.

La scienza e le arti non hanno nè confini nè nazionalità: se così non fosse, il *Bridge work* sarebbe un antico sistema italiano e non il sistema moderno americano.

Ho voluto inoltre di mia volontà riprodurre un monumento rappresentante l'odontotecnica presso gli antichi Egiziani, e non ho trovato che due denti artificiali ligati con fili d'oro, senza saldature ed in un modo abbastanza primitivo. Questo apparecchio si trova in un museo di Parigi, ed il suo disegno è riportato nell'opera di Renan *Mission de Fénicie*, pag. 472.

Dal paragone degli antichi lavori italiani ed egiziani, si scorge chiaramente che quando la tecnica dentaria fioriva in Italia e vi raggiungeva un grado considerevole nella via del progresso, altrove essa era ancora bambina.

Ammiro e lodo gli antichi dentisti italiani, esecutori di queste protesi dentarie così ben riuscite, che dopo aver subìto per chi sa quanti anni l'attrito della masticazione nella bocca dei pazienti, resistevano inalterabili all'azione distruttrice di circa 30 secoli.

V. Guerini (Napoli):

Una protesi del velo-pendolo palatino, con presentazione dell'apparecchio in funzione su due soggetti.

Il meccanismo di questo apparecchio non può esser costruito che in metallo, pur tuttavia, l'estremità posteriore della protesi può essere ancora costruita in caoutchouc molle, e la placca palatina che sostiene la protesi in vulcanite, o altra sostanza.

L'innovazione in questa protesi consiste nell'aver dato ad essa quella naturale pieghevolezza di cui principalmente ha bisogno.

Si ottiene questa pieghevolezza mediante un sistema di parecchie cerniere per effetto delle quali l'otturatore può ripiegarsi in qualsiasi punto della sua superficie dove i muscoli in contatto, od il dorso linguale, possano esercitare delle pressioni, contraendosi o distendendosi durante l'azione della deglutizione.

Ed affinchè l'intiera superficie della protesi possa combaciare intieramente e costantemente coi muscoli della retrobocca, e seguirne i movimenti nelle loro funzioni, le cerniere poste lungo l'apparecchio sono traversate all'interno da una laminetta di oro battuto molto sottile, che nella posizione del riposo mantiene la protesi al suo posto, ed innalzandosi ed abbassandosi segue le fasi delle funzioni del vero velo palatino durante la deglutizione.

Questa protesi è sostenuta da una placca palatina alla quale è congiunta per mezzo della prima cerniera. Tale placca è assicurata nella bocca da due uncini laminari che cingono stringendolo l'ultimo molare dei due lati. L'estremità posteriore in caoutchouc molle è fissata contro l'ultima cerniera per mezzo di una lastrina in forma di mezza luna che a sua volta viene assicurata per mezzo di una scrofola avvitata.

Questo sistema di protesi del velo-pendolo è preferibile a tutti gli altri, giacchè esso ha il vantaggio di facilitare colla sua pieghevolezza la deglutizione, e di evitare le pressioni brusche e disuguali, e le graffiature che spesse volte, questi apparecchi costrutti con altri sistemi, producono sul dorso della lingua, sui pilastri, e su tutta la mucosa circostante.

Un altro vantaggio di questo sistema è quello di essere molto semplice, e di evitare il bisogno di aggiungervi dei perni, delle molle spirali od a linguette, nè altri meccanismi sulla superficie linguale o palatina dello apparecchio, cose che rendono la protesi più complicata, aumentandone il peso, il volume e l'attrito.

Facilmente si scorgeranno gl'importanti vantaggi che si ottengono, evitando simili inconvenienti, nella cavità orale, la cui mucosa è così delicata e sensibile.

Prof. **E. Sauvez** (Paris):

1. *Un nouveau appareil protecteur de la langue.*

Au nom de M. le docteur Martin de Lyon, l'orateur présente, en premier lieu, un appareil destiné à former une gaîne, une sorte de fourreau recouvrant la langue.

Cet appareil, dit-il, a été imaginé par le docteur Martin, de Lyon, pour permettre de laisser sur la langue, d'une manière permanente, les pansements que l'on veut faire agir sur cet organe.

Dans certaines affections, il existe en effet, parfois, des ulcérations assez étendues qui sont rebelles à tout traitement général, et les pansements locaux ne peuvent être employés aisément à cause de l'extrême mobilité de la langue.

C'est précisément dans un cas de ce genre, où, depuis trois mois, l'ulcération n'avait aucune tendance à la guérison que le docteur Martin eut l'idée de fabriquer le petit appareil que j'ai l'honneur de vous présenter.

La malade le supporta d'ailleurs parfaitement et fut guérie, en 12 jours, d'une affection qui remontait à plusieurs mois.

Vous voyez de quoi se compose cet appareil:

1. Une plaque de caoutchouc qui s'applique sur la mâchoire inférieure absolument comme un appareil de prothèse.

2. Une gaîne en caoutchouc mou emboîtant d'une façon parfaite la partie antérieure de la langue sur laquelle siégeait l'ulcération.

Dans l'appareil que je présente, le caoutchouc est durci par le temps, mais était mou au début.

Comme la langue est un organe très mobile, il y a nécessité d'arranger l'appareil de telle façon que la coiffe soit appliquée par une force peu énergique, mais constante. Ce desideratum est réalisé par un élastique s'attachant en arrière sur l'appareil et un peu en avant sur la gaîne.

De cette façon l'emboîtement constant des deux cônes, l'un plein, l'autre creux, est parfaitement assuré.

Cet appareil m'a paru intéressant à vous présenter parce que je ne l'ai pas vu autre part et que je ne crois pas qu'il ait été signalé. De plus il montre les services que les dentistes peuvent rendre aux chirurgiens.

2. *Un nouveau système d'obturateur dans les cas d'absence ou de division du voile du palais, congénitale ou acquise.*

Messieurs, il faut, comme vous le savez, que le voile artificiel permette autant qu'il est possible les mouvements divers et les fonctions du voile naturel.

Pour réaliser la mobilité, on emploie, le plus souvent, une sorte de poche de caoutchouc mou, mais cette poche a l'inconvénient d'être lourde, embarrassante, et le caoutchouc mou s'altère vite et devient dur.

De plus, il y a toujours dans les voiles artificiels un inconvénient qui tient à ce que l'isthme du gosier varie beaucoup de dimension et de forme suivant les moments.

Si l'on cherche à bien obturer l'orifice, on est forcé de faire un appareil qui vient presser convenablement sur la muqueuse et le patient supporte mal cette pression constante, qui est douloureuse et gênante pour le fonctionnement de ce qui reste des muscles.

Si l'on a peur de cet inconvénient on tombe dans un autre, car si l'obturateur ne comble pas absolument l'orifice, il ne remplit plus son rôle.

Le docteur Martin est parvenu à réaliser tous ces desiderata.

1. Bien obturer l'orifice, malgré tous ses changements de forme et sans presser sur les bords.

2. Assurer la mobilité et la légèreté de l'appareil.

Cet appareil se compose, comme vous le voyez, de deux parties:

1. Une plaque palatine qui s'applique comme un appareil de prothèse portant des dents artificielles.

Dans ce cas, comme les dents étaient fort courtes et que la rétention par des interstices était difficile, le docteur Martin a assuré la tenue de

l'appareil par des fourches en caoutchouc que vous voyez sur les parties postéro-latérales.

La deuxième partie comprend trois volets, 1 central et 2 latéraux.

Ces deux volets latéraux présentent un bord externe en forme de gouttière, destiné à s'appliquer sur les bords de l'orifice à obturer.

Les deux faces supérieures présentent un plan incliné permettant à l'un des volets de glisser sur l'autre.

Le volet central, mobile, a, en coupe, une forme triangulaire et peut suivre tous les mouvements des volets latéraux, sur lesquels il glisse.

Si ceux-ci s'écartent en suivant les bords de la perte de substance, le volet médian descend par son propre poids et vient obturer l'orifice.

Si les volets latéraux se rapprochent et glissent l'un sur l'autre, lè volet médian monte.

Articulation. — Dans l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter, vous voyez qu'il existe un vide, un creux, où peuvent se mettre les aliments. C'est ce qui arrivait pour la malade qui a porté cet appareil. Aussi le docteur Martin conseille-t-il d'adapter ces pièces plus en arrière, pour éviter ce léger inconvénient.

Ces volets sont creux à l'intérieur.

Pour arriver à ce résultat, voici comment il est facile de procéder:

On fait un modèle en plâtre d'albâtre de la partie que l'on veut transformer en caoutchouc creux, une boule par exemple, et après l'avoir entouré de caoutchouc et vulcanisé, on enlève le plâtre d'albâtre par un petit orifice.

Ce plâtre s'enlève facilement car il a peu de consistance, dans les premières heures qui suivent la vulcanisation; on active d'ailleurs sa sortie en faisant passer un courant d'eau.

Cet appareil m'a paru intéressant à vous présenter en raison des services considérables que peut rendre un obturateur bien fait aux malades qui peuvent, grâce à la prothèse, éviter l'opération qui ne donne pas toujours de résultats aussi heureux.

Prof. E. **Sauvez** (Paris):

Appareil en étain pour distendre les tissus mous du menton après résection du maxillaire inférieur.

(Au nom de M. le docteur Martin, de Lyon).

Dans le cas où il faut pratiquer la résection du maxillaire inférieur, sur une grande étendue et où on n'a pas employé la prothèse immédiate, pour une raison quelconque, on sait qu'un des principaux inconvénients de cette opération est que les tissus se rétractent rapidement, n'étant plus soutenus par l'arcade osseuse.

La mâchoire supérieure restant en place, se trouve notablement en avant des débris de menton formés par les muscles, le tissu cellulaire et tous les tissus mous qui s'inséraient sur le maxillaire inférieur ou étaient maintenus en place par cet os.

La saillie du menton disparaît.

Pour obvier à cet inconvénient, le docteur Martin avait pratiqué tout d'abord de la façon suivante:

Il avait appliqué l'appareil en caoutchouc que vous voyez ici, et qui était maintenu en place au moyen de ressorts s'adaptant sur les bords de la plaie, ainsi que vous pourrez d'ailleurs le voir par les trous qui vous montrènt la place où étaient les porte-ressorts; ces ressorts appuyaient d'autre part sur une plaque qui recouvrait le palais; en quelque sorte, c'était comme un dentier complet ordinaire.

Le but de cet appareil était de distendre, par une pression continue, les tissus mous et éviter que la rétraction cicatricielle fût trop forte.

Le rebord que vous voyez à la partie antérieure de cet appareil était destiné à empêcher que l'enfoncement du maxillaire artificiel fût considérable.

Cet appareil avait certains inconvénients: le premier était d'encombrer la bouche; le second que les ressorts irritaient la muqueuse du plancher de la bouche, déprimé par le maxillaire artificiel. Cette muqueuse faisait en quelque sorte hernie et était pincée et ulcérée au niveau des ressorts.

D'autre part, la malade qui a porté cet appareil et à qui on avait pratiqué la résection du maxillaire pour une nécrose était forcée de partir en voyage et le docteur Martin ne voulait pas la laisser partir ainsi.

C'est pourquoi il fit cet appareil en étain qui remplissait toutes les conditions que l'on cherchait, car son propre poids était suffisant pour distendre les tissus.

En effet, le menton se reconstitua, grâce à cet appareil, qui a évité en grande partie à la patiente une difformité considérable et l'infirmité que l'on constate chez les malades qui ont subi cette opération.

Doct. E. **Sauvez** (Paris):

De l'anesthésie locale par le froid.

Je tiens à attirer l'attention des membres du Congrès sur l'anesthésie que l'on obtient par la réfrigération des tissus, car ce moyen est sans danger à condition de prendre certaines précautions élémentaires, pour éviter les accidents de gangrène, et je voudrais vous persuader qu'il permet d'obtenir une suppression complète de la douleur dans la plupart des opérations que nous avons à pratiquer en art dentaire.

L'anesthésie générale par le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote ou le bromure d'éthyle, nous donne d'excellents résultats.

Je n'ai qu'à me louer en particulier du bromure d'éthyle que les dentistes français n'emploient pas d'une façon courante et que je me suis efforcé de vulgariser à Paris.

Toutefois, ces procédés agissent toujours sur les centres nerveux et il suffit de bien peu de chose pour que le bulbe soit intoxiqué à son tour et pour que le patient succombe.

Je crois d'ailleurs qu'on emploie avec trop de facilité l'anesthésie générale dans notre spécialité et je préfère, autant que possible, employer l'anesthésie locale.

Nous sommes en présence de deux procédés, si nous voulons faire de l'anesthésie locale.

1. Procédés toxiques par la cocaïne, la tropacocaïne ou autres.

2. Procédés mécaniques, électricité et froid.

Les procédés toxiques sont ceux qui nous donnent les meilleurs résultats à l'heure actuelle et qui nous assurent l'insensibilité la plus complète.

Je me suis efforcé dans ma thèse, dont je fais d'ailleurs hommage à ce Congrès, de démontrer que l'on peut le plus souvent obtenir une anesthésie complète et en tout cas toujours une grande diminution de la douleur, avec un seul centigramme de cocaïne, et sans aucun danger, avec certaines précautions.

Toutefois, beaucoup de dentistes hésitent à employer cet alcaloïde par crainte d'accidents, et il se passera encore beaucoup de temps avant qu'on l'emploie couramment. Il en est de même pour la tropacocaïne.

L'anesthésie locale par les procédés mécaniques n'a pas les mêmes inconvénients.

Je ne parle que pour mémoire de l'emploi de l'électricité, qui jusqu'ici n'a pas donné de bien grands résultats, même en utilisant les courants de haute fréquence.

Il nous reste donc, après avoir éliminé l'anesthésie générale, dont les indications sont restreintes et qui est toujours dangereuse, et l'anesthésie locale par les procédés toxiques, que beaucoup redoutent d'employer, à vous montrer que l'on peut obtenir de bons résultats en employant la réfrigération.

Pour la plupart vous me semblez persuadés que cette méthode n'est pas pratique et ne peut donner qu'une insensibilisation superficielle.

J'aurais voulu vous prouver le contraire en opérant devant vous un certain nombre de malades; malheureusement, nous n'en avons pas et je suis réduit à vous faire une communication toute théorique.

Vous connaissez tous cet appareil que je vous présente, le coryleur, que l'on remplit d'un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle, dans certaines proportions, mélange que les inventeurs appellent « coryl ».

Ce mélange nous permet d'obtenir une anesthésie plus profonde qu'avec le chlorure d'éthyle et moins dangereuse qu'avec le chlorure de méthyle, car le coryl bout à 0°, tandis que le chlorure d'éthyle bout à + 10° et le chlorure de méthyle à — 22°.

Grâce à l'appareil sur lequel se vissent certains ajutages, nous pouvons pratiquer l'insensibilisation de presque toutes les dents, tandis qu'avec ce que nous possédions jusqu'ici, nous ne pouvions agir d'une manière pratique que sur la région antérieure du maxillaire supérieur.

Toutefois il faut avoir une grande habitude pour savoir employer le coryleur et beaucoup de mes confrères m'ont dit l'avoir délaissé au bout de deux ou trois essais.

Le principal inconvénient est qu'on est forcé d'avoir les deux mains occupées par le maniement de l'appareil. Un petit dispositif, ajouté récemment par les inventeurs, réalise déjà un perfectionnement considérable, car il laisse une main libre pour écarter la joue, maintenir la langue et se mettre à l'abri de la salive.

Le même résultat est atteint d'une façon plus pratique, à mon avis, par ce deuxième appareil que je vous présente, l'anesthyleur, fabriqué par le docteur Bengué.

Ce récipient est chargé d'un mélange de chlorure d'étyle et de chlorure de méthyle dans des proportions qui se rapprochent de celles du coryl.

Le mélange anesthésique a donc à peu près les mêmes propriétés, que l'on peut du reste varier à l'infini en mettant plus ou moins des deux corps.

On gradue le jet très simplement au moyen d'une vis micrométrique qui est placée, comme vous le voyez, sur le trajet du tube de sortie.

J'emploie couramment cet appareil et j'obtiens avec lui d'excellents résultats; son maniement est facile et, au bout de quelques essais, on est vite familiarisé avec lui.

Je ne vous présente pas ces appareils uniquement pour vous les faire connaître. Il est certain que des perfectionnements seront encore apportés à ces divers instruments par les fabricants.

Je voudrais surtout vous bien persuader que la méthode est bonne et vous engager à l'appliquer.

Je désire aussi attirer votre attention sur un nouveau procédé d'anesthésie locale par le froid, au sujet duquel une thèse à été présentée à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Létang, pour les applications en chirurgie générale.

A l'heure actuelle, je suis en train de chercher à utiliser ce procédé en chirurgie dentaire; j'en suis seulement à la période d'essai, mais les résultats que j'ai obtenus me font bien augurer de l'avenir.

Voici en quoi consiste ce procédé:

Refroidir à — 10° environ, par un moyen quelconque, une seringue de Pravaz d'une capacité d'environ 2 ou 3 c.c. d'un liquide sans action propre mais incongelable à la température où l'on opère, puis injecter sous la muqueuse ce liquide refroidi. L'action anesthésique se manifeste immédiatement et persiste pendant une dizaine de minutes.

Dans une étude ultérieure nous reviendrons sur ce point; je n'en ai parlé ici que pour prendre date à ce Congrès.

Dott. **Tison** (Paris): Presenta e descrive il *coryle*, nuovo anestesico locale, rinchiuso in un apparecchio, il *coryleur*, col quale si ottiene rapidamente l'anestesia d'una superficie cutanea e mucosa, anestesia sufficiente per fare tutte le piccole operazioni chirurgiche e tutte quelle dei denti. Il *coryle* è una miscela di cloruro di metile e di cloruro d'etile, la quale presenta su ciascuno dei due componenti il seguente vantaggio: bolle a circa —4°, mentre il cloruro di metile bolle a —22° e il cloruro d'etile a +10°. Il refrigeramento ottenuto col *coryle* è circa a 0°. Produce un refrigeramento sufficiente senza temere la produzione di escara.

L'uso del *coryle* eviterà gli accidenti dovuti all'anestesia generale (cloroformio, etere, ecc.), o all'anestesia locale da iniezione di sostanze medicamentose, come la cocaina, ecc. Il *coryle* e il *coryleur* sono stati inventati dal signor Jouber, di Parigi.

Doct. **C. M. Foucou** (Yverdon):

Traitement de la carie du quatrième degré par le thymol — Obturation des canaux — Insensibilisation de la dentine.

Après avoir détruit la pulpe au moyen du cobalt ou de l'arsenic, on l'ampute au moyen d'une fraise ronde très tranchante; puis, la digue posée, on nettoye la cavité pulpaire avec une solution de sublimé au 1 pour mille,

on dessèche à l'air chaud et on procède à l'application du thymol selon le procédé suivant:

Au moyen d'une brucelle de cabinet on saisit une petite boulette de coton que l'on charge de thymol pulvérisé, puis portant cette boulette de coton sur la flamme de la lampe à alcool, on liquéfie le thymol que l'on introduit dans la cavité pulpaire, en retirant le coton. Après une ou deux minutes le thymol commence à se liquéfier, et à l'aide de la poire à air froid on injecte de l'air pour activer la cristallisation. Il se forme au fond de la cavité pulpaire une couche vitrée très résistante, que l'on recouvre d'un peu de ciment à l'oxychlorure de zinc, puis on passe à l'obturation définitive, amalgame ou cimente.

Une autre méthode consiste à placer dans le fond de la cavité un cristal de thymol et de le liquéfier en faisant passer dessus un courant d'air chaud; ce procédé est préférable dans les cavités postérieures de deuxièmes et troisièmes molaires, qui sont toujours assez difficiles à atteindre. Après avoir recouvert la couche cristallisée de thymol avec du ciment, il faut nettoyer la cavité avec une boulette de coton imbibée d'alcool absolu pour enlever toute trace de médicament qui pourrait avoir fusé dans la cavité à obturer.

Obturation des canaux. — L'obturation des canaux d'incisives et canines se pratique de la manière suivante:

Sur l'équarissoir fin d'horloger on enroule quelques fils de coton correspondant au diamètre du canal à obturer; puis, chargeant le tout de thymol en poudre, on le liquéfie au-dessus de la flamme et on l'introduit dans le canal; dès que la cristallisation commence, on retire l'équarissoir et on ferme l'entrée du canal par du ciment.

Insensibilisation de la dentine. — Le thymol peut être encore employé comme calmant dans une cavité très sensible et difficile à escaver. Après avoir laissé tomber une goutte de thymol liquéfié dans la cavité, et une fois la cristallisation obtenue, on recouvre le tout avec un peu de plâtre ou de ciment à l'oxychlorure de zinc, et le pansement reste de huit à quinze jours dans la dent; après quoi on l'enlève, et, généralement, l'insensibilité est complète.

La gutta-percha ne peut pas être employée comme obturation provisoire sur le thymol, vu la chaleur qu'elle nécessite pour se ramollir, ce qui liquéfierait le thymol et le ferait fuser au-dehors.

Une pulpe recouverte encore d'une mince couche de dentine peut être aussi isolée d'une obturation métallique, en la recouvrant de thymol cristallisé.

J. Mendelssohn (Montpellier):

Contribution à l'étude de la prothèse immédiate — Un cas de rhinoplastie sur appareil prothétique permanent.

La rhinoplastie totale, malgré le perfectionnement continuel de ses procédés, a abouti, de tous temps, à des résultats peu satisfaisants au point de vue plastique; et si, avant l'opération, le malade était horrible, comme disait Verneuil d'un de ses opérés, après, il n'était que très laid; on substituait une infirmité ridicule à une infirmité dégoûtante. Aussi cette opération est-elle restée longtemps en discrédit auprès des chirurgiens de tous les pays.

« L'autoplastie, dit le professeur Ollier, dans sa préface au livre du docteur Martin sur la prothèse immédiate, ne peut pas dépasser certaines limites; la greffe animale, malgré les horizons nouveaux que l'expérimentation lui a ouverts depuis trente ans, rencontre à chaque instant des obstacles insurmontables pour les cas où, seule, elle serait théoriquement applicable. La prothèse a encore un immense champ devant elle; elle restera toujours le moyen nécessaire pour combler certains déficits ou masquer certaines pertes de substances.

« A la face, c'est par sa combinaison avec l'autoplastie qu'elle doit rendre les plus grands services, soit qu'elle se dissimule sous les lambeaux cutanés qu'elle a pour but de modeler ou de soutenir, soit qu'elle substitue franchement et à ciel ouvert un appareil de même forme et de même couleur à l'organe que la chirurgie plastique a été impuissante à restaurer ou n'a pu refaire qu'en partie.

« Depuis cinquante ans l'art de réparer les défectuosités des arcades dentaires de la voûte palatine et du voile du palais, a fait d'incessants progrès, et, dans tous les pays, des dentistes habiles ont souvent découragé les chirurgiens qui essayaient de lutter avec eux par la reconstitution autoplastique des organes absents ou mal formés.

« L'ablation et les résections des maxillaires ont donné lieu à l'invention de nombreux appareils prothétiques qui témoignent de l'ingéniosité et de l'habileté de leurs auteurs, en rendant les plus utiles services au point de vue orthopédique et fonctionnel.

« La prothèse était jusqu'ici mise en œuvre à un moment plus ou moins éloigné de l'opération; aujourd'hui elle fait partie de l'opération elle-même; c'est le temps intermédiaire entre l'ablation de l'os et la suture de la peau. Les avantages de cette manière de faire sont tellement évidents qu'il est inutile de les faire ressortir. »

C'est grâce à la perfection et au secours de la prothèse effectuée avec des matières aseptiques incorruptibles et inattaquables, que la rhinoplastie totale vient d'être tirée du discrédit dans lequel elle était restée si longtemps.

En 1874, lors de la discussion sur la rhinoplastie complète, ouverte devant la Société de chirurgie de Paris, tous les membres furent à peu près unanimes pour reconnaître combien les résultats estéthiques étaient peu satisfaisants.

Au Congrès de Paris, en 1878, l'opinion du docteur Létiévaut n'a pas été plus favorable.

Toutes les méthodes, italienne, indienne ou autres, dit-il, sont impuissantes quand il s'agit de rhinoplastie totale; tous les nez, de différentes confections, s'affaissent, s'écrasent.

Bouisson, de Montpellier, dit le professeur Forgue, a bien compris que ce qu'il manque aux nez de confection chirurgicale, c'est une charpente de soutènement. Il conseillait donc, pour prévenir l'aplatissement de la voûte cutanée privée de soutien, de conserver, autant que possible, le squelette cartilagineux du nez, et de faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines de fibro-cartilages des ailes du nez.

Mais, ajoute le professeur Forgue, les préceptes sont excellents et la conservation avantageuse; est-elle toujours réalisable?

« A l'heure actuelle, la syphilis, mieux et plus précocement traitée, ne nous fournit que de bien rares occasions de rhinoplastie. C'est le lupus, c'est l'épithélioma qui sont les causes les plus fréquentes de destruction nasale. Or, si l'on peut voir, chez maints lupiques, la cloison partiellement conservée, les ailes des narines, en revanche, souvent échancrées, rongées, ne peuvent plus compter comme moyen de soutènement. Au surplus, il ne saurait être question de rhinoplastie que chez les lupeux gravement mutilés; or, dans ces formes, la tuberculose a souvent eu le temps d'entamer et de détruire le squelette cartilagineux du nez. »

M. Forgue fait les mêmes observations pour l'épithélioma.

« Quand un cancéreux nous arrive porteur d'une lésion telle que la rhinoplastie totale soit nécessaire, dit-il, il y a bien des chances pour que les cartilages des ailes soient atteints et inconservables, et même pour que le cartilage de la cloison, compris dans la néoplastie, doive être excisé sur une étendue telle que la portion restante devienne insuffisante à dessiner une saillie nasale de galbe acceptable. Toute intention conservatrice s'efface d'ailleurs, en matière de cancer, devant ce précepte impératif: *Enlever tout ce qui est suspect.*

Bouisson, Delpech, Denucé, Létiévaut, Muchon, Ollier, Poncet, Verneuil et tant d'autres chirurgiens, ont eu l'idée de soutenir, pendant un temps plus ou moins long, le nez après la rhinoplastie, soit par des supports et des viroles en métal, en gutta ou en caoutchouc durci, soit par de petits ballons à air.

Mais c'est à l'esprit inventif de Martin, de Lyon, qu'appartient l'heureuse idée d'appliquer un appareil prothétique, une charpente artificielle fixée à demeure sur les pourtours osseux de l'antre, et destinée à soutenir le lambeau nasal; ce n'est que par ce moyen qu'on assure la correction et la stabilité du résultat plastique de la rhinoplastie.

Je n'ai pas à insister sur le mode opératoire adopté par M. le professeur Forgue; vous le trouverez décrit magistralement dans un article paru dernièrement dans les *Archives provinciales de chirurgie.*

J'ai hâte d'arriver au fait clinique et à la description de l'appareil qui font l'objet de cette communication.

Observation, description et fixation de la charpente nasale. — Le 29 août 1892, je fus invité par M. Forgue à voir, à l'hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Tédenat, un homme âgé de 52 ans, berger cévenol, porteur d'une tumeur végétante et ulcérée du nez, présentant la grosseur d'une petite mandarine.

Il s'agissait, d'après le docteur Forgue, d'un épithélioma à marche rapide. L'examen anatomo-pathologique pratiqué après l'ablation de la tumeur a démontré l'exactitude du diagnostic.

Il fut décidé que le 31 août, au matin, le malade serait opéré.

Je n'avais pas de temps à perdre pour confectionner un appareil prothétique selon l'idée du docteur Martin, de Lyon.

Cet appareil est une sorte de charpente en platine à quatre branches, d'une épaisseur de trois dixièmes de millimètre.

Des quatre branches, deux sont médianes et deux latérales. Les deux médianes sont représentées par les deux extrémités d'une lame incurvée en gouttière qui, estampée en haut, sur les os propres du nez, représente,

à sa partie moyenne, le modèle des cartilages nasaux, tandis que par sa portion inférieure elle s'incurve pour constituer le lobule du nez, puis la sous-cloison, pour venir enfin s'appuyer par l'extrémité inférieure échancrée sur l'épine nasale antérieure. Du milieu de la concavité de l'échancrure part, en plus, une tige en platine de six millimètres de long qui s'enfonce dans un trou foré sur l'épine nasale elle-même. Au niveau de la saillie formant le lobule du nez, la plaque représente une largeur plus grande proportionnelle au lobule que l'on veut présenter.

Par son extrémité supérieure, non seulement elle s'appuie sur les os propres du nez, mais elle est encore fixée à l'ethmoïde par des fils en platine qui se tranchent sur la lame médiane à la face interne, à douze millimètres de l'extrémité supérieure libre. Ces deux fils s'engagent sur les os propres du nez et étreignent la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Les deux branches latérales d'une largeur de sept millimètres partent de la lame moyenne sur laquelle elles sont soudées à l'or fin, à deux centimètres au-dessus du coude répondant au lobule, pour aller se fixer sur le point le plus inférieur du bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Elles sont aussi estampées en gouttières et je m'appliquai à les rendre sinueuses pour rappeler le relief normal des ailes du nez. Chacune des extrémités inférieures est taillée en biseau pour bien s'adapter à la saillie du bord de la branche montante, et comme pour la branche inférieure de la lame médiane, elles se terminent par des tiges de fixation en platine qui s'enfoncent dans un trou foré dans l'os perpendiculairement à sa surface.

La branche médiane, comme les deux latérales, par suite de leur concavité inférieure, perdent deux à trois millimètres de largeur, et l'estampage qu'elles subissent réduit sensiblement leur épaisseur tout en gardant leur solidité.

Toutes les soudures furent faites à l'or fin (or à aurifier).

La fixation des chevilles qui terminent inférieurement la branche médiane et les deux branches latérales, fut l'objet d'un soin particulier. Pour éviter, autant que possible, l'inflammation osseuse d'origine traumatique, je pratiquai les trous de pénétration, non pas comme le recommande le docteur Martin avec un foret plat, mais avec un équarissoir bien effilé à son extrémité et qui, à son point d'arrêt, me donna la circonférence exacte de mes chevilles. J'adaptai cet équarissoir au moteur dentaire de White, et je pus obtenir un forage très régulier et sans éclat, parfaitement adapté aux chevilles de fixation. Au moment de sortir le foret, je plaçai dans chaque trou une tige conique dont le bout supérieur, aplati, dépasse d'un centimètre environ le trou de pénétration. Ces trous servent de repaire pour placer les tiges de fixation. Sans cette précaution on risquerait de ne pas retrouver l'orifice du trou de forage à cause de l'hémorragie.

Sur cet appareil prothétique, le professeur Forgue, après avoir éprouvé la solidité de fixation, a rabattu un lambeau trifolié, emprunté à la peau de toute la moitié gauche du front et du tiers interne de la moitié droite, qu'il fixa soigneusement par des points de suture à la soie stérilisée.

Pour accuser l'orifice des narines, le bordage fut fait selon la méthode de Diffenbach, c'est-à-dire le lambeau destiné à former ses orifices fut retroussé en dedans.

Le malade, pendant toute la durée de l'opération, ne fut pas soumis à l'anesthésie.

Le nez, après l'opération, fut très satisfaisant.

La réunion se fit partout rapidement.

Le 12 octobre, c'est-à-dire quarante-deux jours après l'opération, la physionomie de la cicatrice était très satisfaisante.

Cet état se maintint pendant quelques mois.

Malheureusement, l'épithélioma qui avait été d'une évolution très rapide, et qui avait déjà eu le temps d'envahir les ganglions et probablement de se propager dans la muqueuse au-delà des limites apparentes, présenta une récidive promptement inopérable. De plus, l'homme était un épileptique, et il est à redouter que dans une de ses chûtes il ait démoli sa charpente nasale.

M. le professeur Forgue n'a pu obtenir que des renseignements insuffisants à cet égard; l'homme, paraît-il, est mort en avril 1893.

Ce cas ne peut donc pas être cité comme un modèle de stabilité dans les résultats thérapeutiques, dit M. Forgue, mais il mérite d'être rapporté comme un exemple de restauration parfaite au point de vue esthétique.

Bien que les faits de destruction nasale soient assez fréquents, les observations de rhinoplastie totale demeurent rares.

En dehors de l'école lyonnaise, les chirurgiens en restent à cette opinion de défaveur que méritait le résultat des anciennes opérations plastiques.

Grâce à la prothèse immédiate auxiliaire de l'autoplastie, grâce aux appareils en platine soudés à l'or fin qui résiste aux agents de l'oxydation, grâce au forage régulier des trous de fixation qui permet d'éviter les inflammations traumatiques de l'os consécutives aux éclats que peuvent produire un forage exécuté avec un foret plat, grâce aux avantages d'une antisepsie rigoureuse qui garde les lambeaux contre la suppuration et la rétraction, on arrive facilement aujourd'hui à reconstituer un nez remplissant les fonctions naturelles de la respiration et du flair, et parfait au point de vue plastique.

Cela nous donne la satisfaction de pouvoir sauver l'existence de tant de pauvres malheureux que la difformité ou la mutilation chirurgicale de la face condamne à la tristesse, à l'isolement, à une éternelle misère et très souvent au suicide.

Comme vous le voyez, Messieurs, cette observation ne fait que confirmer les observations précédentes faites par le docteur Martin et montre impérieusement que, chaque fois qu'il s'agit d'une opération autoplastique du nez, la rhinoplastie, sur appareil prothétique permanent, doit l'emporter sur les pièces postiches, aussi bien faites qu'elles soient.

Heitmüller (Göttingen): (Presenta un soggetto intervenuto al Congresso, al quale è rifatta la metà di un dente incisivo superiore con polpa vivente mediante un pezzo di dente artificiale e dimostra un modo di chiusura per le ampolle di cloruro di etile per poterle adoperare meglio di prima, a insensibilizzare la dentina sensibile).

Quarta Seduta.

2 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Dott. A. Couillaux (Milano).

G. Solari (Savona):

Nevralgia facciale prodotta dal secondo bicuspide superiore sinistro — Stomatite aftosa.

Il razionalismo scientifico e pratico ha dimostrato luminosamente come la scienza odontoiatrica possa venire in sussidio della natura e coadiuvarla nelle sue funzioni.

Lo studio severo e coscienzioso sull'anatomia e sulla patologia dei denti ha grandemente giovato al benessere morale e materiale della umanità.

Specialisti provetti ne illustrarono col loro ingegno e col loro sapere la somma importanza ed utilità.

Fox, Hunter, Delabarre, Tomes, Maury, Magitôt, Witzel, Harris, Heilden, Miller, Mantegazza, Corbetta ed altri ancora ce lo han dimostrato abbastanza coi loro trattati teorici, scientifici e pratici e con le loro operazioni medico-chirurgiche dentali.

Prova evidente dei grandi vantaggi della nostra specialità ne sono le molteplici malattie e anomalie che vedonsi tuttodì curate con soddisfazione dei pazienti e degli operatori stessi.

Ed io, ultimo fra voi tutti, debbo andarne altero, se, nella pochezza mia e con l'esercizio costante dei miei vent'anni di studio e di lavoro indefesso, ho cercato di rendermi utile non solo alla classe indigente ma ben anco a tutti coloro che tenevano in così poca considerazione l'odontoiatria; e poichè mi si presenta così propizia occasione, mi fo ardito, come in altri congressi, di accennarvi due casi di malattia dentale, occorsimi pochi mesi or sono nella mia pratica.

Nello scorso gennaio venne a consultarmi il signor U., maggiore in ritiro, per una nevralgia facciale in corrispondenza del nervo mascellare posteriore sinistro, che tanto lo tormentava da due anni circa.

Esaminata la bocca e sopratutto i denti, non rilevai anormalità alcuna. Di aspetto abbastanza florido e di costituzione forte, alcun dato specifico. Il secondo bicuspide e secondo molare sinistro, col canino, primo bicuspide e secondo molare destro, formavano l'unica risorsa dell'apparato dentale superiore; ben fornito di denti avea il mascellare inferiore. Nessun gonfiore alla faccia ed alle gengive, nè vacillamento di denti, sebbene il mio cliente toccasse la cinquantina circa. L'articolazione era piuttosto stretta.

Dal primo esame fatto, poco e nulla mi risultò, per una certa diagnosi, e, siccome il paziente portava un pezzo artificiale di quattro incisivi, canino e primo bicuspide sinistro a base d'oro, e uncini larghi pure d'oro, lo invitai a togliersela, affine di esaminare i denti naturali che lo sorreggevano.

Rivolta la mia attenzione sul secondo bicuspide e secondo molare superiore sinistro, ne specillai il colletto; trovai intatto il molare e con un punto scabroso, il bicuspide, leggermente sensibile. Mi persuasi tosto del rammollimento dello smalto e della sensibilità della dentina causata certamente da acidi boccali e dall'uncino che l'attorniava.

Ora, considerando che il nervo o i nervi delle radici del secondo bicuspide potevano interessare grandemente il nervo dentale posteriore sinistro, qualora venissero irritati da una causa qualunque, mi rivolsi tosto ad aprire il punto scabroso penetrando direttamente nella polpa.

Decisane la cauterizzazione e l'asportazione assieme ai rispettivi nervi delle radici, ne ebbi risultato felicissimo.

Riconoscentissimo il mio cliente di essersi liberato da tanto male, può andar lieto non solo della sua guarigione ma, più ancora, di aver conservato un dente tanto utile alla masticazione, e atto a sostenere il lavoro di protesi.

Fatta la debita otturazione con oro nei canali radicolari, chiusi con cemento la porzione superficiale e fino ad oggi il tutto serve benissimo.

Il secondo caso è il seguente:

Presentatosi nel mio studio il signor U., negoziante, per forti dolori che lo tediavano principalmente quando masticava o beveva di caldo, mi pregava di liberarlo da tanto soffrire.

Trovatagli la bocca in uno stato d'irritazione rimarchevole, osservai subito alcune placche biancastre sulla lingua, sul labbro inferiore e sulla mucosa del palato, dolorosissime al toccarle. L'alito era fetente, denti relativamente sani, ma coperti di tartaro.

Di costituzione robusta, nessun indizio di precedente lue celtica od acquisita.

Di fronte a dette osservazioni, ne dedussi la diagnosi di stomatite aftosa, causata da poca pulitezza della bocca, dei denti e fors'anco dal troppo fumare.

Il metodo di cura usato da principio, fu la rimozione del tartaro, collutori antisettici da usarsi tre volte al giorno, regime di vita regolare, astensione assoluta dal fumare e dalle sostanze irritanti. Dopo tre giorni ne ebbi sensibile miglioramento; i dolori mitigaronsi, l'alito divenne migliore, ma le placche non scomparvero.

Risolsi di toccarle con l'acido fenico puro, ma non bastò. Ricorsi alla pietra infernale, e solamente questa riuscì a liberare il paziente da tanto disturbo.

Sebbene questi due casi non possano per voi, o illustri signori, avere quell'importanza che la gravità del mio cliente mi aveva fatto temere dapprincipio, purtuttavia ho voluto accennarveli nella speranza che anche il mio poco sapere possa dar luogo ad una discussione istruttiva a me ed a coloro cui potessero presentarsi casi consimili.

Dr. **A. Papsch** (Innsbruck):

Hypertrophie des Zahnfleisches.

A. G., 46 Jahre alt, fiel im 9. Lebensjahre vom Dache eines zweistöckigen Hauses mit dem Gesichte auf ein im Garten liegendes Brett auf.

Patient lag mehrere Tage bewusstlos im Bette, worauf er wahrnahm, dass ihm « ganze Fetzen aus dem Munde hingen ». Die sofort eingeleitete

ärztliche Behandlung soll sich auf Bestreichen mit einer öligen Flüssigkeit beschränkt haben. Die Behandlung dauerte zwei Wochen, während welcher Zeit starke Schmerzen, theilweise schlaflose Nächte vorhanden waren. Nach $^1/_2$ Jahre stellte sich « Vergrösserung », also Verdickung des Zahnfleisches ein. Das Sprechen war seit dem Falle erschwert.

30. VI. 1889. Stat. praes. Patient stark gebaut, gut genährt. Glandula Thyreoidea im rechten Horn stark hypertrophirt, der Mittellappen der unteren Partie knorpelartig anzufühlen; der übrige Theil besitzt weiche Consistenz; das linke Horn normal. An den Ohren werden wegen « Augenleiden » Ohrringe getragen; seit einem Jahre bildeten sich beiderseits den Einstichstellen entsprechende Hypertrophien der Haut von der Grösse einer Bohne. Ausserhalb des Cantus extern. des rechten Auges befindet sich eine harte, taubeneigrosse Geschwulst, welche vor vier Jahren entstanden sein soll. Die Berührung der Speisen mit dem Gaumen ruft sehr oft Brechreiz hervor, was in erhöhtem Maasse beim Abdrucknehmen der Fall war, ohne dass es jedoch zum Erbrechen gekommen wäre.

Beim Oeffnen des Mundes erblickt man zwei hypertrophirte Zahnfleischgeschwülste, aus welchen die kräftig gebauten Zähne mit halber Krone herausragen. Die Hypertrophie am Unterkiefer beginnt an der buccalen Seite hinter dem $\frac{}{B^1}\Big|\frac{}{}$ und erstreckt sich vorne über die Schneidezähne, um sich hinter dem $\frac{}{}\Big|\frac{}{C}$ zu verlieren.

Die Lingualseite normal. Am Oberkiefer ist die Hypertrophie des Zahnfleisches besonders in drei Partieen mächtig entwickelt: 1) an der Labialseite beiderseits bis zur Prominentia canini reichend, 2) die linke, palatinale Zahnfleischpartie betreffend, welche am hinteren Rande des Bicusp. I beginnt und sich nach rückwärts unter die Gaumensegel ausdehnt. Sie stellt von der distalen Fläche des Mol. III eine zapfenförmige, in horizontaler Richtung ragende 2 $^1/_2$ Cm. lange Geschwulst dar. Von der normalen vorderen (palat.) Partie hebt sie sich spitzwinklig ab, und zieht sich bis auf ca. 4 mm. nahe zur Medianlinie des starken Gaumens hin. Diese Entfernung behält sie von dem Kreuzungspunkte der Medianlinie mit einer Linie, die man von den Medialflächen der beiden Molares primi zieht, bis zur Kreuzung mit einer solchen, von den Distalflächen der Molares secundi. In der sagittalen Richtung ist der tiefste Punkt entsprechend des Mol. I bei einer Dicke von über 2 cm.

Rechterseits finden wir analoge Verhältnisse, nur erstreckt sich der zapfenförmige Fortsatz 3 cm. weit nach rückwärts von Mol. II. Während auf der linken Seite die Hypertrophie der Buccalfläche in diesen Zapfen übergeht, wodurch er sich bedeutend verbreitert, setzt derjenige der rechten Seite hinter dem Mol. II stumpfwinklig an. Hypertrophie finden wir ausserdem an der buccalen Seite: links entsprechend des Mol. II, rechts zwischen Mol. I und Mol. II.

Die beiden Wülste treffen sich unterhalb des harten Gaumens derart, dass sie wie plattgedrückt erscheinen, und man nur mit dünnem Spatel durchzudringen im Stande ist. Sie bilden einen förmlichen Gaumen, in welchem hinter den Vorderzähnen eine trichterförmige Vertiefung zum Palat. sich erstreckt.

Zustand des Kauapparates: Es fehlen $\frac{M^1 B^1}{M^1 M^2 M^3}\Big|\frac{C\ B^2}{M^1 M^2}$

Articulation normal.

Das Zahnfleisch ist von äusserst derber Consistenz, an den labialen Partien höckerig, zum Theil granulirt; Färbung theils blass rosa, theilweise intensiv roth; jedoch nirgends in entzündlichem Zustande befindlich. Die Aussprache ist, besonders bei mehrsilbigen Wörtern, schwerfällig.

Ich erlaube mir hiermit, die entsprechenden Modelle zur gefälligen Ansicht vorzulegen.

Dr. **A. Papsch** (Innsbruck):

Ueber eine Behandlung des Antrum Highmori mit consecutiver Cystenbildung.

Der Fall betraf eine äusserst nervöse Dame, deren Allgemeinbefinden vor Allem in Betracht gezogen werden musste. Einige Einzelheiten, welche sich bei der Behandlung zeigten, schienen mir bemerkenswerth.

Patientin machte vom Frühjahr 1889 bis Herbst 1891 an verschiedenen Zähnen des rechten Oberkiefers Periostitiden durch. Uebelriechender Eiter, welcher durch die Nase abfloss, zwang Patientin, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Extraction des $B^{1}|$— folgte Abfluss einer grösseren Menge übelriechenden Eiters, worauf sich der Zustand besserte, ohne jedoch gänzlich zu verschwinden.

Im November 1891 wurde mir Patientin von dem behandelnden Arzte überwiesen unter dem Zeichen einer Erkrankung des Antrum Highmori. Der Zustand hatte sich wieder plötzlich bedeutend verschlimmert. Es wurden nun die Wurzeln von $M^{1}B^{2}C|$— extrahirt und durch die Alveole von B^{2}u.$C|$— eine Doppelcanüle eingelegt. Nachdem Anfangs März 1892 trotz aller Besserung das Empyem nicht als geheilt betrachtet werden konnte, nahm ich unter grossen Schwierigkeiten eine Untersuchung des Antrums mit einer mehrfach gebogenen Thränenkanal-Sonde vor, wobei ich auf einen harten Körper stiess, was sich gleichzeitig meinem linken Mittelfinger mittheilte, der den $J^{2}|$— berührte. Dieser mit Phosphat gefüllte Zahn wurde nun sofort gezogen und zeigte an der Wurzelspitze Concretionen von Pulparesten, welche bei einer früheren Behandlung über das Foramen apicale hinausgepresst worden waren. Die Verheilung war in ca 8 Tagen vollendet. Ob zu der ersten Empyembehandlung ebenfalls dieser Zahn die Veranlassung gab, kann nicht mit Sicherheit angenommen werden; ich muss es aber daraus entnehmen, dass auch bei der von mir eingeleiteten Therapie analog der früheren Behandlung eine bedeutende Besserung erfolgte. Jedenfalls haben wir ein Empyem dentalen Ursprungs vor uns, zu welchem sicher in meinem Falle der $J^{1}|$— Veranlassung gegeben hatte.

Nach Ablauf von etwa $^{3}/_{4}$ Jahren trat an der buccalen Seite des rechten Oberkiefers, entsprechend der gezogenen $B^{2}C|$— im corp. max. eine Schwellung auf, die ich schliesslich öffnete. Das Messer drang ohne besondere Kraftanstrengung durch eine dünne knöcherne Schale ein. Eine etwa bohnengrosse Höhle, ganz von Knochenmasse umgeben, war eröffnet. Die

austretende, mit Blut vermischte Flüssigkeit konnte ihrer Beschaffenheit nach nicht bestimmt werden.

Die Diagnose auf Cystenbildung innerhalb der letzten Monate muss als sicher angenommen werden, da früher die beiden Canülen daselbst lagen.

Ich vermuthe, dass sich einer der Hohlgänge an den Enden früher schloss als in der Mitte, wo dann eine Ausdehnung erfolgte, die einer Knochencyste entspricht.

Dr. **A. Papsch** (Innsbruck):

Ueber vitale Vorgänge in den Zähnen.

Die Zähne nehmen vermöge ihrer grossen functionellen Bedeutung und vermöge ihres eigenthümlichen Baues im Organismus eine ganz gesonderte Stellung ein.

Die vitalen Vorgänge in denselben können wir nach zwei Richtungen hin in's Auge fassen, insoweit sie nämlich die Entwicklungsphasen betreffen und andererseits nach vollendeter Entwicklung sich äussern. Wir haben drei verschiedene Zahnsubstanzen bildende Organe in Betracht zu ziehen: Das Schmelzorgan, die Zahnpulpa und das Zahnsäckchen. Am Ende des zweiten Embryonalmonats beobachtet man im obern Keimblatt der Mundhöhle den Zahnwall, an welchem oberflächlich mehr flaches und darunter oval-cylindrisches Epithel unterschieden werden kann, welch' letzteres sich alsbald furchenartig einsenkt. Eine Seitenwand dieser Epithelfurche dringt in Form einer Leiste noch tiefer in das Mesoderm ein und repräsentirt sich uns nun als « Zahnleiste » nach Hertwig oder als « Schmelzkeim » nach Kölliker. Hat der Schmelzkeim eine gewisse Tiefe erreicht, so stösst er auf einen sich abgrenzenden Zellcomplex, welcher zapfchenartig hervorragt und den Schmelzkeim wie einen Helm über sich herstülpt. Der Schmelzkeim wird nun zum Schmelzorgan, an dem wir drei Schichten unterscheiden können: Die Tunica interna (Membrana adamantina nach Raschkow), bestehend aus Cylinderepithel, enthält dort, wo später ein beträchtlicheres Flächenwachsthum stattfindet, wie z. B. an den Höckern der Mahlzähne, mehrere Zellkerne. Die Tunica externa hat anfangs natürlicherweise ebenfalls oval-cylindrisches Epithel, das sich jedoch in der weiteren Entwicklung, wenn die Nahrungsaufnahme, welche auf endosmotischem Wege aus der eiweissreichen Umgebung der Mucosa erfolgt, nicht mehr ausreicht — in mehr cubisches oder kugeliges umwandelt. Aus der Umgebung tritt nun ein Gefässnetz ein, um den erhöhten Anforderungen an die Nahrungszufuhr zu entsprechen. Zwischen den beiden Keimblättern bildet sich ein neues Stratum, die Zona media oder Schmelzpulpa, welche namentlich an den Randpartien mehrkernige, polygonale Zellen aufweist. Die Zellen gehen eine schleimig-gallerte Metamorphose ein, während die Membranen selbst stehen bleiben und nach und nach ein weitmaschiges Balkennetz bilden. Einzelne Zellen erscheinen von solchen Faserzügen wie eingekapselt, wodurch sie das Aussehen von Sternzellen erhalten. Nach Morgenstern umgeben sich die ursprünglichen Zellen, welche dem oberflächlichen Epithel des Zahnwalles entsprechen, mit zarten Membranen, aus welchen Fortsätze hervorsprossen, die zur Verwachsung der Zellen führen.

Von dieser Zona media sondert sich eine eigene Schicht ab, das Stratum intermedium nach Waldeyer. Die anfangs rundlichen Zellen werden spindelförmig, verwachsen an ihren Polen miteinander und bilden lange Reihen, die der Tunica interna aufliegen. Diesem Stratum fällt nach meiner Ansicht die Aufgabe zu, den Ersatz für zu Grunde gegangene Schmelzzellen zu bilden. Im weiteren Verlauf treten im Stratum intermedium und in der Tunica interna glänzend weisse, rundliche Gebilde auf, welche Schmelzgallerte genannt werden, auf deren Bedeutung für die Sckmelzbildung daraus geschlossen wird, dass sie zu Beginn des Verkalkungsprocesses auftreten.

Ehe ich auf die Schmelzbildung selbst eingehe, muss ich auf einen Vorgang zurückkommen, der die Continuität des Schmelzorganes mit der Matrix betrifft. Wir haben gesehen, wie dasselbe mittelst einer längs des Kieferbogens verlaufenden Falte mit dem Mundhöhlenepithel in Verbindung stand. Entsprechend der Anzahl der zu producirenden Milchzähne finden wir ebensoviele Papillen aus dem Mesoderm hervorsprossen. Die Verbindung der einzelnen Schmelzorgane wird dadurch eine losere, dass die Zellen für die einzelnen Organtheile immer mehr herangezogen werden. Ob hierbei auch eine Drehung der Falte erfolgt, sodass der Halstheil förmlich abgeschnürt würde, ist noch eine offene Frage. Thatsache ist nur; dass Zellgruppen verschwinden, bis schliesslich sowohl das Schmelzorgan des Milchzahnes, als der an dessen Hals für den entsprechenden permanenten Zahn abzweigende Schmelzkeim, jedes für sich vollständig isolirt ist.

Der eigentliche Verkalkungsprocess beginnt erst dann, wenn die Schmelzanlage jene Grösse erreicht hat, welche der zu bildende Zahn später hat, was bei den zuerst erscheinenden Milchzähnen im fünften, bei den letzten im siebenten Embryonalmonat stattfindet. Der Process wird eingeleitet durch starke Reduktion der Zona media, durch Dickenabnahme und theilweises Verschwinden der Tunica externa, sowie durch das Vordringen der Blutgefässe bis gegen das Stratum intermedium. Makroskopisch sichtbar finden wir alsbald das sogenannte Zahnscherbchen, welches uns die äussere Contour der Krone darstellt.

Die Zellen der Tunica int. haben sich nach vorausgegangener, lebhafter Kerntheilung verlängert. Gefässe schliessen diese Zellen zwischen sich weder jetzt, noch während der weiteren Entwicklung ein. Hinsichtlich des Verkalkungsprocesses sind die Ansichten verschieden und gruppiren sich hauptsächlich nach zwei Richtungen: Kölliker, Kollmann u. A. halten den Vorgang für eine Secretion, und nehmen an, dass das von den Schmelzzellen ausgeschiedene Produkt verkalkt wird.

Gegenüber dieser Ansicht hat gegenwärtig die Verkalkungstheorie der Zellen, beziehungsweise der Zelltheile den grössten Anhang. Nach ihr würde sich der Vorgang in folgender Weise abwickeln: Die Schmelzzellen (Ameloblasten) sind durch stachelförmige, seitliche Fortsätze unter einander, sowie mit den Zellen der intermediären Schicht in Verbindung. Das Protoplasma derselben ist feinkörnig, mit grösseren, glänzenden, elliptischen Kernen durchsetzt, welche mehr dem äusseren Rande anliegen. Von der inneren, dem Zahnbein zugekehrten Fläche, ragt ein Fortsatz hervor (Tomes'scher Fortsatz), welcher gewöhnlich aufgefasert oder kolbiger scheint und an manchen Stellen grobe Körner verkalkter Substanz enthält. Diese Fortsätze lassen sich aus einer Schicht herausheben, welche glänzend-homogen und

fest ist. Nach Ebner ist dieselbe in der Weise entstanden, dass sich die Schmelzzellen an ihrem inneren Ende in eine homogene Masse umwandeln, während die Membranen sich als Cuticularsaum den Schmelzzellen anschmiegen und unter einander zusammenfliessen. Die Tomes'schen Fortsätze gehen nach und nach eine Verkalkung ein; sie werden immer länger und gleichzeitig auch etwas dicker, so dass eine Zelle den Aufbau des Zellprisma in seiner ganzen Länge besorgt, wie bereits Kölliker behauptet hat. Die homogene Zwischensubstanz tritt in dem Maasse immer mehr zurück, als die Prismen dicker werden. Da es keine Einschübe von Schmelzzellen giebt, muss an umfangreichen Stellen durch entsprechende Dickenzunahme der Prismen der Raum ausgefüllt werden. Ist einmal die Schmelzbildung vollendet, so werden keine Tomes'schen Fortsätze mehr abgegeben und die Cuticularsäume werden zu einer gleichmässigen homogenen, hornartigen Masse, welche mit dem Schmelz in inniger Berührung bleibt als sogenanntes Schmelzoberhäutchen, worüber jedoch die Meinungen getheilt sind. Die Zellen selbst zerfallen und gehen mit dem Schmelzorgan zu Grunde. An einzelnen Stellen der Wurzeln bleiben sie noch zuweilen längere Zeit persistent, wofür uns die Schmelzperlen Beweise liefern, welche wir ausserhalb des Cementes oder in demselben eingebettet ab und zu treffen.

Nach der Darstellung von Morgenstern verhält sich der Process folgendermassen:

Die pyramidenförmigen Zellen der Tunica int. wandeln sich nach reichlicher Kerntheilung in Cylinderzellen um, die sich unter Veränderung ihres Plasma zu Stäbchenzellen umgestalten. Durch Hinzutreten neuer Stäbchenzellen und Verschmelzung wachsen sie zu Schmelzstäbchen aus; die ursprüngliche feinkörnige Structur der Schmelzstäbchen geht verloren, indem sich diese an solchen Stellen in längliche, kernartige Gebilde von homogener Beschaffenheit in Stäbchenkörper umwandeln. Hierauf treten graue Körner oder blasse kugelige Gebilde auf (adamant. Körperchen), welche sich in ovale Körperchen umwandeln, wobei sich ein Stoff ausscheidet, der die anorganischen Bestandtheile des Schmelzes enthält (adamantinogene Substanz!) Diese adamant. Körperchen fliessen entweder zu einer homogenen Schmelzfaser zusammen, oder lassen schmale Zwischenräume bestehen, wodurch die Fasern das Aussehen von Querstreifung erhalten. Die adamant. Substanz stellt die Kittsubstanz für die Fasern dar.

Die Prismen sind + doppelbrechend; nach und nach werden sie hart, dicker und — doppelbrechend. Wir ersehen daraus, dass nach dem Abschluss der Schmelzbildung noch eine moleculare Umbildung unter gleichzeitiger Zunahme und Veränderung der interprismatischen Substanz auftritt. Gleichzeitig mit der Bildung des Schmelzorgans erheben sich aus dem submucösen Gewebe zapfenförmige Papillen, welche ursprünglich aus protoplasmatischer Grundsubstanz mit zahlreichen eingelagerten rundlichen Körnern bestanden. Diese abgegrenzten Zellcomplexe stellen die Zahnkeime dar, deren Aufgabe es ist, das Zahnbein zu bilden.

Zu Beginn der 8. Woche findet eine intensive Kernvermehrung an jenen Theilen statt, welche dem Schmelzorgane anliegen. Auf dem basalen Theil steht die Papille mit einer zellreichen Gewebeschicht, dem Zahnsäckchen, in Verbindung, welches schliesslich die ganze Zahnanlage umgiebt. Von der Basis des Zahnkeimes, also vom Zahnsäckchen aus bilden sich in

der 10. Woche Gefässe, die in den Zahnkeim eindringen und sich sehr rasch verästeln. Es folgt nun eine sehr lebhafte vitale Erscheinung: es findet reichhaltige Kerntheilung statt und daneben treten zahlreiche grössere Rundzellen auf, welche schliesslich die mannigfaltigsten Formen annehmen. Sie haben einen grösseren runden oder ovalen Kern und mehrere Fortsätze, die zu feinen Fasern auswachsen, welche mit den Nachbarzellen ein feines Netzwerk darstellen. Mit der 18. Woche finden wir die Formelemente hauptsächlich an der Peripherie angesammelt, wo sie dicht aneinander gedrängt den Eindruck einer Epithelschicht hervorrufen.

Die ersten Spuren von Dentinbildung finden wir analog der Emailbildung an jenen Stellen, welche den Spitzen oder Höckern der Zähne entsprechen, um sodann gegen die Mitte des Keimes hin sich zu verbreiten. Die peripher gelegenen Zellen besitzen eine mehr runde oder birnförmige Gestalt, die centralen hingegen haben die mannigfachsten Formen. Erstere, aus denen die Odontoblasten hervorgehen, bezeichnet Morgenstern mit Elementarzellen. Ihr membranloser Zellleib hat einen Kern mit ein bis zwei Kernkörperchen, ferner einen gegen die Peripherie gerichteten, durch Verlängerung des Zellleibes enstandenen und sich im weiteren Verlauf verjüngenden Fortsatz, den Dentinfortsatz, sowie auch sehr häufig Nebensprossen, die theils zur Seite, theils nach rückwärts gerichtet sind. Neben den eigentlichen Odontoblasten giebt es noch Ersatzzellen. Die Odontoblasten unterscheiden sich von den Elementarzellen, aus denen sie hervorgegangen sind, dadurch, dass erstere ihr breites Ende peripherwärts liegen haben, so dass das spitzere sich in die Pulpa einlagert, während bei den Elementarzellen gerade das umgekehrte Verhältniss stat hatt. Ausserdem fehlt den Odontoblasten zuweilen der Kern, wenn aber vorhanden, liegt er im rückwärtigen spitzeren Ende. Die Odontoblasten haben sich ausserdem mit einer Zellmembran umgeben, auf welcher die Fortsätze wie aufgesetzt erscheinen. Durch Conjugation zweier hinter einander liegender Zellen erhalten wir das Bild der Sanduhrform. Das periphere Ende hingegen spitzt sich infolge des zum Aufbau verwendeten Zellinhaltes immer mehr zu. Ein besonderes Verhalten der zu Odontoblasten verschmelzenden Zellen tritt dadurch ein, dass ihre Haupt- oder Dentinfortsätze nur dann verschmelzen, wenn ihre Richtung eine gemeinsame ist, während sonst nach Morgenstern die Dentinfortsätze der benachbarten Zellen sich vereinigen.

Zwischen diesen Dentinfortsätzen und zum Theil über dieselben hinaus kann man eine homogene, hellgelbe Schicht wahrnehmen, welche anfangs sehr dünn ist, dann aber immer dicker wird und eine mit leimgebenden, sich durchkreuzenden Fasern versehene Structur aufweist. Diese Grundsubstanz lässt sich durch Einwirkung von Essigsäure von der Odontoblastenschicht abheben. Raschkow hat sie als Vorstufe der Zahnbeingrundsubstanz als « Membrana praeformativa » bezeichnet, während Morgenstern sie in demselben Sinne « dentinogene Substanz » nennt. Sie enthält wahrscheinlich sämmtliche organische und leimgebende Bestandtheile der Grundsubstanz. Ueber die Bildung des Zahnbeines und der Fasern bestehen noch verschiedene Ansichten.

Kölliker hält die Grundsubstanz des Zahnbeins für ein Secretionsproduct der Odontoblasten, für eine Art Intercellularsubstanz. Er nimmt ferner an, dass jede Zahnfaser von einer einzigen Odontoblastenzelle gebildet wird, welche unter Umständen auch mehrere solche Fasern abgiebt.

Waldeyer lässt die verschiedenen Theile: Zahnbeingrundsubstanz, Zahnscheiden und Zahnbeinfibrillen sich direct aus Odontoblasten bilden: sie stellen nur verschiedene Stadien der Umwandlung dar. Die peripheren Fortsätze der Odontoblasten wandeln sich in eine homogene, leimgebende Masse um (« Membrana praeformativa »), während die central gelegenen Theile unverändert bleiben. Im Verlauf der Dentinbildung schliesst sich eine Zelle an die andere an, und es sind dieselben mit seitlichen Fortsätzen unter sich verbunden, so dass also eine Zahnfaser eine Reihe von Odontoblasten vorstellen würde. Hierfür scheinen die kleinen seitlichen Verbindungen der einzelnen Dentinröhrchen zu sprechen. Die die Zahnfaser (Tomes) umgebende Substanz behält ihren ursprünglichen Character am längsten bei und umschliesst dieselbe als Neumann'sche Scheide.

Ebner acceptirt die morphologische Umwandlung nach Waldeyer, hält aber daran fest, dass dieselbe Odontoblastenzelle die ganze Fibrille erzeugt.

Arkövy sagt, dass das Dentin vom schleimigen oder nach Waldeyer vom gelatinösen Protoplasma der Odontoblasten gebildet wird durch Praecipitation von Kalksalzen, während die Kernzellen die Bestimmung haben, Dentinfibrillen zu bilden.

Morgenstern schliesst sich zum Theile Kölliker an, fasst den Process jedoch als Transsudation auf. Im Pulpagewebe bildet sich eine kalkhaltige Substanz, welche von den Odontoblasten aufgenommen, assimilirt und förmlich concentrirt gemacht, als ein Theil des eigenen Zelltheiles, als dentinogene Substanz ausgeschieden wird, während nach Kölliker im Protoplasma der Odontoblasten irreguläre Moleküle von Kalksalzen auftreten. Die dentinogene Substanz ist, wie bereits Baume beschrieben hat, mikroskopisch im fortschreitenden Processe sichtbar als kugelige, transparente Gebilde von hohem Lichtbrechungsvermögen, welche sodann zu einem feinkörnigen Niederschlag zerfallen. Durch fortgesetzte Aufnahme und Verschmelzung der Kalkkörner findet die Zahnbeinbildung ihren Abschluss.

Sobald der Process der Zahnbeinbildung beginnt, verschwindet die Membrana praeformativa; sei es nun, dass die Schmelzprismen sich so tief herein erstrecken oder dass die Zahnbeinfasern sich verlängern und schliesslich bis zur Oberfläche durchdringen. Erstere Ansicht scheint aus einer falschen Deutung des mikroskopischen Befundes entstanden zu sein, indem nämlich analog der Membrana praeformativa sich auch im Schmelzorgan eine solche homogene Schicht befindet, wie bereits erwähnt, welche sich an erstere eng anschmiegt, ohne jedoch mit ihr verschmolzen zu sein.

Ist die Dentinbildung einmal im Gang, so folgt Schicht auf Schicht, was bei normaler Entwicklung später kaum nachweisbar ist, während Störungen im Verkalkungsprocess unverkalkte Partien der Grundsubstanz zurücklassen, die sich als Interglobularräume präsentiren, welche von Kugelsegmenten gebildet werden. Der Verlauf der Kanälchen ist in diesen Interglobularräumen nicht unterbrochen, wie von mancher Seite behauptet wurde, wenn auch die Contouren zuweilen kaum sichtbar sind.

Infolge des stets zunehmenden Wachstums der Dentinschichte muss sich die Pulpa in demselben Maasse verkleinern. Mit diesem Zurückweichen ist gleichzeitig eine Biegung, eine Aenderung in der Richtung der Dentinfasern verbunden, welche nun wegen ihres einheitlichen Verlaufes auch verschieden

lichtbrechend wirken im Vergleich zur letztgebildeten Dentinschicht. Dies äussert sich zuweilen schon makroskopisch in einer helleren Contourirung parallel zur Oberfläche des Zahnes verlaufend. Die erste Beobachtung rührt von Raetzius her; Owen hat sie sodann beschrieben: jetzt sind die unter dem Namen der Schreyer'schen Contourlinien bekannt. Entsprechend der fortschreitenden Entwicklung des Zahnbeines ändert die Papille ihre Form. Im Grossen und Ganzen kann man sagen, dass die Röhrchen senkrecht zur Oberfläche der Zähne verlaufen.

Ein Vergleich der besprochenen Vorgänge ergiebt, dass sowohl Email als Zahnbein aus cylindrischen Zellen entstehen, aus welchen einerseits für das Email die Kittsubstanz des Schmelzes und die Tomes'chen Fortsätze, andererseits für das Zahnbein die Grundsubstanz sowie die Zahnfasern gebildet werden. Während aber beim Email die Kittsubstanz unverkalkt bleibt und die protoplasmatischen Fortsätze zu verkalkten Prismen werden, finden beim Zahnbein die umgekehrten Verhältnisse statt, indem die Grundsubstanz verkalkt und die protoplasmatischen Fortsätze erhalten bleiben.

Während die Entwicklungsvorgänge von Zahnbein und Email zeitlich zusammenfallen, erfolgt die Bildung des Cementes bedeutend später, ja man kann sagen erst nach erfolgter Anlage des Zahnbeins, soweit sie wenigstens die Bildung der peripheren Schicht des Zahnbeins in der Wurzel betrifft. Wenn wir auch für das Cement kein eigentliches Bildungsorgan heranziehen können, müssen wir doch als Matrix für dasselbe das Zahnsäckchen betrachten. Dieses entspringt im basalen Theil des Zahnkeimes und umhüllt die ganze Zahnanlage, sobald das Schmelzorgan sich von der oberflächlichen Epithellage losgetrennt hat, wie bereits früher besprochen wurde. In der 8. Woche beobachtet man im Zahnsäckchen 3 Schichten: Eine periostale, eine perichondrale und eine folliculare Anlage, welch' letztere als das eigentliche Zahnsäckchen angesehen werden kann. Zwischen der 9. und 10. Woche treten Gefässe auf, welche sich rasch ausbreiten und namentlich die Pulpa alsbald mit reichlichen Ramificationen versehen. Gefässzweige gehen im Zahnsäckchen, welches der Tunica externa des Schmelzorganes anliegt, auch auf letztere über, und senden in dasselbe, wie ich bereits früher zu erwähnen Gelegenheit hatte, zu Ende des 4. Monates ein ganzes Schlingenwerk, welches bis in die Zona media Fortsätze abgiebt. Bereits im 5. Embryonalmonat werden diese Schmelzorgangefässe von den Hauptstämmen losgetrennt. Rings um die Säckcken ist lockeres Bindegewebe, das sich später in Schleimgewebe umwandelt und die grösseren Gefässstämme führt. Dieses myxomatöse Zwischengewebe atrophirt im weiteren Verlauf zu einer dünneren Schicht, welche aus wellenförmig geordneten Bindegewebszügen sowie elastischen Fasern besteht und einerseits mit den noch bestehenden Resten des Zahnsäckchens und nach aussen hin mit dem Alveolarperiost in Verbindung steht. Diese vereinigte Gewebsschicht stellt die Wurzelhaut (Pericementum, Periost) dar. Obwohl sie ursprünglich aus verschiedenen Schichten zusammengesetzt ist, lässt sie später eine Trennung nicht mehr zu, behält jedoch die den beiden embryonalen Häuten zustehenden Eigenschaften bei, indem die äussere Seite Knochen, die dem Cement zugekehrte Cement bildet.

Was den Vorgang der Cementbildung selbst betrifft, können wir vor allem konstatiren, dass er mit demjenigen der Knochenbildung sehr viel

Aehnlichkeit hat. Es bildet sich zunächst von den Gewebszellen aus einer homogenen Grundsubstanz, welche als hyaliner Knorpel erscheint, in welchem Fasern auftreten, die ihm das Aussehen von Faserknorpel verleihen. Die Knorpelzellen nehmen den Character von Osteoblasten bezw. Cementoblasten an und bilden die erste Cementanlage. Der anstossende helle Saum lässt an der dem Zahne abstehenden Seite zahlreiche Sharpey'sche Fasern erblicken, welche senkrecht zur Oberfläche der Wurzel stehen und nach Fertigbildung des Cementes direct in die Fasern des Periostes übergehen, wie namentlich bei Resorptionsprocessen zuweilen deutlich zu sehen ist, wo solche Fasern isolirt hervorragen. Zwischen den Sharpey'schen Fasern sind die Elementarzellen eingelagert, welche gegen den Zahn hin verschmälert sind und im abstehenden breiten Zellende einen Kern tragen. Es wiederholt sich somit aller Wahrscheinlichkeit nach derselbe Vorgang, wie bei der Bildung des Zahnbeins, dass Protoplasma im spitzeren Zellende austritt, welches zur knorpeligen Grundsubstanz wird. Im weiteren Verlauf werden diese Elementarzellen zu Cementoblasten und scheiden Kalksalze aus. Sie verbleiben als Knochenzellen mit den Knochenkörperchen noch weiter bestehen und dehnen sich wohl auch noch weiter aus. Manche verwandeln zur Volumsvermehrung ihren Zellleib in Grundsubstanz. Die Knochenzellen haben eine zackige Contour, von welcher im weiteren Verlaufe feine Zweige abgehen. Eigentliche Havers'sche Canäle beobachtet man nur bei hypertrophischer Cementbildung. Wie bei den Knochen, treten auch im Cement während des Entwicklungsprocesses Resorption neben Knochenneubildung auf. Wir finden daher gar nicht selten sogenannte ablastische Flächen, an welchen der Verkalkungsprocess entweder für einige Zeit sistirt oder aber aufhört, worauf sich Resorption einstellt. Diesen ablastischen Flächen fehlt die knorpelige Randzone, wie auch Osteoblasten. Im Allgemeinen legt sich das Cement in Lamellen parallel zur Oberfläche des Zahnes ab. Die Sharpey'schen Fasern erstrecken sich durch die ganze Cementschicht, etwas schief zur Oberfläche gerichtet.

Der Durchbruch der Zähne erfolgt erst dann, wenn die Emailbildung zum Abschluss gekommen ist, und auch das Zahnbein einen gewissen Grad von Mächtigkeit erreicht hat. Wir finden zu dieser Zeit die Pulpakammer sehr weit und die Wurzeln zuweilen nur am Zahnhalse markirt.

Ziehen wir in Betracht, dass die Entwicklungsstadien der Zähne bei einzelnen Individuen zu verschiedenen Zeiten beginnen, bald kürzere, bald längere Zeiträume in Anspruch nehmen, bis der Zahn zum Vorschein kommt, und dass der weitere Entwicklungsgang von der eigenthümlichen Anlage des Individuums, von dessen Ernährungs- und wohl auch von seinen hygienischen Verhältnissen beeinflusst wird, so wird es uns auch begreiflich erscheinen, dass wir bei verschiedenen Individuen desselben Alters zuweilen vollständig abweichende Entwicklungsstadien vorfinden, deren Kenntniss für den Praktiker von Bedeutung ist. Die Entfernung der Pulpa von der Oberfläche des Zahnes wird dadurch bald kürzer, bald länger sein. Die Ausbildung der Wurzeln sämmtlicher permanenter Zähne findet im allgemeinen erst nach Vollendung des 2. Decenniums statt. Das Foramen apicale pflegt sich früher zu verengern, als der Wurzelpulpa entspricht, und zwar, wie ich vermuthe, infolge der grösseren vitalen Bethätigung in der Cementbildung gegenüber der Zahnbeinanlage. Bei den Zähnen der Raubthiere verengert sich das

Foramen nur wenig; zuweilen können wir bei diesen Zähnen statt eines Foramen mehrere Oeffnungen unterscheiden, was als Abnormität auch bei Menschenzähnen zur Beobachtung kommt.

Beim ausgebildeten Zahn haben wir ein aus 3 verschiedenen harten Substanzen bestehendes Organ vor uns, welches trotz ihrer Compactheit einen Stoffwechsel aufweist. Ueber die Art und Weise des Stoffwechsels und die Ernährungsvorgänge sind die Forschungen wenig fruchtbar gewesen. Owen hat 1840 in seiner Odontographie die Behauptung aufgestellt, dass die Tubuli und Zellen ein « ausgeschwitztes Plasma » oder Liquor sanguinis enthalten, und dass dieses die Ernährung des Dentins vermittle. — Beale hingegen hat in seiner « Anatomy of the Elementary Tissues of Man » die Ansicht aufgestellt, dass nach vollendeter Bildung von Schmelz und Dentin ein Stoffwechsel in diesen Geweben nicht stattfinde, und dass die Materie, welche die Härte derselben bedingt, nach ihrer Deposition überhaupt nicht entfernt wird. — Mac Quillen war der erste, der 1866 die thatsächlichen Verhältnisse richtig erfasst hat, indem er sagt, dass in den Zahngeweben während des ganzen Lebens eine constante Veränderung vor sich gehe. Er weist auch darauf hin, dass harte Zähne weich und weiche hart werden können.

Den harten Zahnsubstanzen fehlen für gewöhnlich Blutgefässe. Die beim Menschen nur als Abnormität oder im Gefolge pathologischer Vorgänge auftretenden Formen von Osteodentin und Vasodentin, welche gewissen Thiergattungen normaler Weise zukommen, können hier nicht in Betracht gezogen werden.

In Ermangelung von Blutgefässen findet in den harten Zahnsubstanzen der Stoffwechsel auf endosmotischem Wege statt. Wie wir früher gesehen haben, kommt den Odontoblasten die Function zu, aus der Pulpa zahnbildende Substanzen aufzunehmen, zu assimiliren und sodann zum Aufbau abzugeben. Diese Rolle kommt den Odontoblasten, beziehungsweise ihren Dentinfortsätzen solange zu, als ihre Vitalität erhalten und ihr Contact mit der Pulpa hergestellt bleibt. Aus der Beobachtung, dass der Gehalt an Kalksalzen veränderlich ist, auch gewisse Veränderungen in der Structur des Zahnes auftreten können, müssen wir schliessen, dass die Odontoblasten nicht allein Nahrungsbestandtheile zuführen, sondern auch die verbrauchten ableiten. Wir können uns etwa in folgender Weise vorstellen, wie in dem Organe, wenn seinen Theilen auch eine noch so wenig entwickelte Function inne wohnt, ein Stoffwechsel stattfindet. Die an Kalksalzen ärmer gewordene Grundsubstanz nimmt von den eingeschlossenen Zellen (Knochenzellen) oder eingefügten Zelltheilen (Dentinfortsätze) diese Substanzen nach den Gesetzen der Endosmose auf, während die zelligen Bestandtheile ihrerseits die verbrauchten Stoffe in gleicher Weise aufnehmen und dem Lymphstrome der Pulpa zuführen.

Im Cement erfolgt die Ernährung vom Periost aus durch die Knochenzellen, welche mittels feiner Fortsätze untereinander in Verbindung stehen. Eine Communication der Zahnbeinröhrchen mit den Ausläufern der Knochenzellen des Cements scheint mir bei normaler Function der einzelnen Gewebstheile nicht vorhanden zu sein. und ich muss annehmen, dass die angeführten Befunde Zähnen angehörten, deren Ernährung bereits eine Störung erlitten hatte.

Störungen im Verkalkungsprocesse, in der vitalen Function der Zahnfasern durch secundäre Dentinbildungen und Verkalkungen im Pulpagewebe

oder durch Resorptionsprocesse bedingen Aenderungen in der Structur des Cementes. Kleinere oder grössere Gruppen von Knochenzellen werden mit ihren Ausläufern zu Hohlräumen und Gängen, welche dem Blutplasma zur Passage dienen. Diese Hohlgänge werden immer mehr ausgedehnt, indem die im Blutplasma enthaltene Kohlensäure die Wandungen auflöst, was bei verminderter Vitalität um so leichter eintreten kann. In gleicher Weise werden die nicht verkalkten Sharpey'schen Fasern zu Hohlgängen, so dass ein Netz von Hohlräumen, Ausläufern und mächtigen Zügen von Röhren entsteht, das gegen die Dentingrenze hin immer weiter vordringt und schliesslich auch die Kleinkörnerschicht und die Enden der Zahnbeintubuli erreicht und mit diesen communicirt. Der ganze Vorgang erinnert an das Bestreben, einen Collateralkreislauf herzustellen, wie er an allen Stellen des Organismus aufzutreten pflegt, wenn irgendwo der Blutzufluss behindert wird. Es scheint somit, dass das Periost durch das Cement die Störungen in der Function der Fibrillen auszugleichen bestrebt sei.

Es ist eine bekannte und in der Literatur mehrfach bestätigte Erfahrung, dass bei jenen Erkrankungen, welche mit Gelbsucht einhergehen, Gallenfarbstoff in den Zähnen deponirt wird, der nach Ablauf des Processes wieder zur Resorption kommt. Dieser Gallenfarbstoff dürfte höchstwahrscheinlich auf dem Wege des Zellplasma eindringen.

Eine andere Beobachtung gestattet uns zuweilen die Verletzung von Pulpagefässen. In Folge des hierbei eintretenden Blutergusses tritt Serum mit Blutfarbstoff bis zur peripheren Dentingrenze ein und zwar, wie ich glaube, zwischen Dentinfasern und Neumann'scher Scheide. Der Befund von unregelmässigen, äusserst feinen Körnchen an einem solchen Präparate, welche ich für Blutfarbstoff halten muss, führte mich zu dieser Ansicht. Derartige Blutungen verleihen der Zahnkrone ein kirschrothes Aussehen, herrührend von dem rothbraun gefärbten Zahnbein, welches durch das Email, dessen Kittsubstanz den Blutfarbstoff entschieden nicht aufzunehmen im Stande ist, vermöge seiner Transparenz diesen Lichteffect hervorruft. Ich hatte bisher Gelegenheit, 5 Fälle derartiger Imbibitión von Blutfarbstoff zu beobachten. Der erste Fall betraf eine Dame, bei welcher an einem ganz intacten, ersten, grossen Incisivus die Verfärbung aufgetreten war. Mein Vorschlag, den Zahn zu durchbohren und die Pulpa zu entfernen, wurde nicht angenommen. Nach Jahresfrist konnte ich den Fall wieder beobachten und fand, dass die Krone sich ganz dunkelgrau verfärbt hatte. Ueber die Entstehung des Blutergusses konnte ich keinerlei Anhaltspunkte bekommen. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Verletzung der Pulpa des linken oberen, ersten Schneidezahnes, welcher infolge eines Falles mehrere mm. oberhalb des Zahnhalses fracturirt war, jedoch vom Periost und Zahnfleisch hinlänglich festgehalten wurde. Der Schmerz veranlasste die Patientin nach mehreren Tagen, die fracturirte Krone entfernen zu lassen, von welcher obenerwähntes Präparat herrührt.

Im dritten Falle musste ich die Kronenreste eines unteren Vorderzahnes abschneiden. Die Pulpaöffnung war sehr eng und gestattete nur für den dünnsten Nervextractor den Zugang. Ein dünner Pulpastrang kam zum Vorschein; nachdem ich sodann noch weitere Decapitationen und Wurzelfüllungen vollendet hatte, wollte ich auch die besprochene Wurzel glatt schleifen und füllen. Dabei bemerkte ich nun, dass aus der Pulpahöhle

Gewebestücke hervorragten, welche bei Berührung sehr schmerzhaft waren. Nach deren Entfernung beobachtete ich, dass die Wurzelfläche bis gegen die Randzone rothbraun verfärbt worden war. Nach Erweiterung der Pulpaöffnung gelang es mir sogleich, den Rest der Pulpa zu entfernen. Es hatte sich also in diesem Falle durch secundäre Dentinbildung der Pulpakanal verengt und die Oeffnung durch mitgerissenes Pulpagewebe, sowie Blutgerinnsel verstopft. Im vierten Falle wurde bei einer Mensur ein grosser Schneidezahn quer getroffen, so dass die Pulpakammer etwas eröffnet wurde und die eine Pulpaecke ganz geschwellt hervorragte. Die Zahnbeinschicht war rings herum braun gefärbt; die Verletzung war Tags zuvor erfolgt. Der fünfte Fall betraf ein Mädchen, welches auf dem Eise gestürzt war und sich die Krone des rechten, ersten, oberen Schneidezahnes in schiefer Richtung gebrochen hatte. Die Imbibition war in diesem Falle nur in den centralen Randpartien ausgeprägt. Die eröffnete Pulpakammer war mit festem Gerinnsel verstopft.

Durch Vergleich der fünf Fälle kam ich zum Schluss, dass Blutergüsse der Pulpa nur dann eine Imbibition von Blutfarbstoff hervorrufen, wenn erstere unter erhöhtem Blutdrucke stehen, was stets eintritt, wenn der Abfluss des Blutes entweder durch eine geschlossene Pulpakammer oder durch Blutgerinnsel gehemmt ist.

Während der Gallenfarbstoff wieder zur Resorption gelangt, findet dies beim Blutfarbstoff nicht statt, weil infolge des Extravasates das Pulpagewebe seine Vitalität verliert.

Wir haben früher gehört, dass das Zahnbein durch appositionelles Wachsthum an Dicke stets zunimmt. Wir sind im Stande, von Decennium zu Decennium eine, wenn auch geringe Volumsvermehrung des Dentins zu constatiren.

Von dieser Zahnbeinbildung verschieden, können wir eine solche unterscheiden, welche entweder die ganze innere Dentinfläche betrifft oder aber auf eine einzige oder einige wenige Stellen beschränkt bleibt. Beide Formen bieten mikroskopisch dasselbe Bild. Die Fasern sind im Verhältniss zur Grundsubstanz nur spärlich vorhanden, theils einzeln, theils in Gruppen beisammen. Die Verlaufsrichtung ist unregelmässig, zuweilen parallel zur Oberfläche des Zahnes gerichtet, dann sich wieder schlängelnd und biegend, in wirrem Durcheinander sich kreuzend, um endlich in die vorhandenen Tubuli einzumünden, oder frei zu endigen. Nachdem die Anzahl secundärer Dentinfasern nur gering ist, ist von vornherein die Möglichkeit ausgeschlossen, dass sämmtliche vorhandene Tubuli Verbindung mit der Pulpa haben. Die Grundsubstanz zeichnet sich durch grosses Lichtbrechungsvermögen aus und ist gewöhnlich von der ursprünglichen Dentinanlage deutlich abgegrenzt. Dies umsomehr als im 4. und 5. Decennium die Dentinbildung äusserst langsam vor sich geht und durch Vermehrung ihrer anorganischen Substanzen kompacter wird und somit an Transparenz immer mehr verliert.

Neben dieser allgemeinen Form treffen wir eine solche, die auf pathologischer Basis beruhend, den Character einer partiellen trägt, und einem von aussen einwirkenden Einfluss (cariöse Höhle, Trauma, Abnützung etc.) ihre Entstehung verdankt. Diese Dentinbildung kann in jeder Altersstufe auftreten und ganz beträchtliche Dimensionen annehmen, sodass zuweilen der grösste Theil der Pulpa in ihr aufgeht. Sie unterscheidet sich jedoch

auch in letzteren Fällen noch von der allgemeinen oder senilen Form dadurch, dass sie nur an beschränkter Stelle mit Zahnbeinschicht verbunden ist und somit nicht eine Auskleidung der Pulpahöhle darstellt, sondern halb inselartig in dieselbe hineinragt.

Die örtlich begrenzte secundäre Dentinbildung entsteht, wie bemerkt, durch einen Reiz auf die Pulpa; indem dieselbe eine Lage Dentins interponirt, schützt sie sich gleichsam und rettet dadurch ihre Vitalität. Diesem Vorgang verdanken wir die günstigen Resultate, welche wir bei exponirter, jedoch pathologisch nicht afficirter Pulpa durch conservative Behandlungsmethode erzielen.

Veränderungen in den harten Zahnsubstanzen finden nach deren Verkalkung weniger im histologischen als chemischen Sinne statt und sind im Wesentlichen auf die vermehrte Aufnahme von Kalksalzen zurückzuführen, wodurch dieselben einen stets höheren Grad von Dichtigkeit und somit Festigkeit erhalten und an Transparenzfähigkeit verlieren. Ich verweise darauf, wie frisch verkalktes Email sich sogar mit dem Messer schneiden lässt, Zähne von Kindern unseren Instrumenten wenig Widerstand entgegensetzen und sich spielend bearbeiten lassen, während Zähne Erwachsener normaler Weise mit zunehmendem Alter unseren Instrumenten stets grösseren Widerstand entgegensetzen, so dass wir denselben im 4. und 5. Decennium nur mit den besten Instrumenten beikommen können. Dieselbe Beobachtung können wir beim Studium cariöser Processe machen, welche bei jugendlichen Individuen sich viel leichter einstellen und rapider verlaufen, als bei Erwachsenen.

Ob im Email die verkalkten Tomes'schen Fortsätze nicht auch fernerhin die Fähigkeit beibehalten, sich in späteren Jahren auf Kosten der Kittsubstanz etwas zu verdicken, können wir nicht mit Sicherheit annehmen. Jedenfalls müssen weitere moleculare Veränderungen vor sich geben, wofür auch die Beobachtung spricht, dass Abnutzungsflächen von ganz ausserordentlicher Härte sind, und dass das Email eine dunklere Färbung annimmt.

Gewöhnlich im 6. Decennium beginnt ein seniles Stadium, welches sich sehr oft dadurch kennzeichnet, das sich rings um die Pulpa beträchtliche Schichten secundären Dentins ablagern, so dass im Lauf der weiteren Decennien schliesslich fast die ganze Pulpahöhle verschwindet. Dieses Verhalten des senilen Zahnes kann unter Umständen einen Beitrag zur Bestimmung des Alters liefern. Eventuelle Verknöcherungen in der Pulpa anderer Art unterscheiden sich, wie schon früher bemerkt, dadurch, dass sie an einer ganz beschränkten Stelle mit dem übrigen Zahnbein verschmolzen sind. Da infolge dieser secundären Dentinbildungen eine grosse Anzahl Zahnbeinfasern von der Pulpa, dem ernährenden Organe, abgetrennt werden, müssen sich nutritive Störungen einstellen, die sich zunächst in einer Verminderung des Gehaltes an Kalksalzen der Grundsubstanz äussern. Diese wird infolge dessen weniger dicht, bekommt ein bernsteinähnliches Aussehen und quillt in der Weise auf, dass das Lumen der Tubuli völlig verschwindet, wie Baume hinlänglich dargethan hat. Die Röhrchen sind in manchen Praeparaten kaum mehr wahrzunehmen und die Grundsubstanz wird an jenen Stellen transparent. Ich konnte beobachten, wie etwa zwei Drittel der Randzone ein völlig homogenes Aussehen hatten.

Eine dem vorgeschrittenen Alter vorzugsweise zukommende Erscheinung besteht im Auftreten von Cementhypertrophie, besonders an der Wurzelspitze.

Wie schon bei Besprechung der Ernährungsstörungen bemerkt wurde, treten im Cemente Veränderungen ein, durch welche es poröser, weniger dicht und infolge dessen auch weniger widerstandsfähig wird. Die Hohlräume verzweigen sich immer mehr und dringen bis in das Zahnbein vor. Das Blutplasma bahnt sich durch die obliterirten Zahnbeintubuli den Weg immer weiter vor. Wenn die Pulpa zerstört wird, kann es sogar dazu kommen, dass durch Cement und Zahnbein, wie bereits Salter beobachtete, eine völlige Canalanlage bis in die Pulpahöhle entsteht.

Neben dieser Destruction können in jeder Altersstufe Resorptionsprocesse auftreten, welche stets vom Periost ausgehen. Es bilden sich Odontoklasten, durch welche die Oberfläche der Wurzel in geringerem oder grösserem Umfange buchtenförmig aufgelöst wird, und zwar, wie Tillmanns glaubt, durch Einwirkung von Kohlensäure. In diesen Howship'schen Lacunen finden wir nach Metnitz die Osteoklasten in Form von ein- oder vielkörnigen Riesenzellen. An der Resorptionsstelle kann jederzeit Knochenneubildung auftreten, so dass man annehmen muss, Osteoklasten vermögen sich in Osteoblasten umzuwandeln. Wir finden nicht selten derartige Processe, welche selbst über die Globularschicht hinaus vorgedrungen waren, durch neugebildete Knochenmassen vollständig ersetzt, welche sich durch eine hell glänzende Contourirung, einen gewissen Grad von Transparenz und blumenkohlartige Gestalt auszeichnen. In dem stark wuchernden Resorptionsgewebe bilden sich Blutgefässe, welche strahlenförmig Zweige abgeben. Diese Gefässe dürften der später erfolgenden Knochenneubildung am längsten widerstehen. Heider-Wedl haben in ihrem Atlas zwei Fälle abgebildet, wo infolge Obliteration, derartige Gefässe in verkalkende, verfettende Hohlräume oder Gänge umgewandelt werden. Auf diesen Resorptionsprocess mit Neubildung ist auch der Befund zurückzuführen, dass in anscheinend normalem Zahnbein Knochenkörperchen auftreten.

Die Pulpa setzt dem weiteren Vordringen der Resorption einen gewissen Widerstand entgegen. Diesem Umstande ist es zuzuschreiben, dass Milchzahnwurzeln nicht in kürzester Zeit aufgesaugt werden. Es kommt vor, dass rings um die Pulpa noch ein Zahnbeinmantel stehen bleibt, der erst dann durchbrochen wird, wenn die Pulpa ihre Vitalität eingebüsst hat. Es geht daraus hervor, dass die Pulpa als Schutzmittel gegen allzurasch erfolgende Resorption, speciell der Milchzahnwurzeln, dient, somit dem Resorptionsprocesse activen Widerstand entgegensetzt.

Wir sehen aus alldem, dass vom Beginn der Entwicklung an in den Zahnsubstanzen fortlaufend Veränderungen stattfinden und ihre Vitalität bekunden, obwohl sie auf einer so niedrigen Organisationsstufe stehen. Es ist begreiflich, dass ich heute bei unserer kurz bemessenen Zeit Manches übergehen muss, was zur Bekräftigung meiner Voraussetzungen dienen könnte.

Der Zahn stellt ein Organ dar, welchem die Aufgabe zukommt, Nahrungsmittel zu erfassen, zu zerschneiden, zu zermalmen und andererseits durch die Mastication die Drüsen der Mundhöhle zur Secretion anzuregen, damit die erforderlichen Vorarbeiten für die Verdauung, um mich so auszudrücken, erledigt werden.

Um dieser Aufgabe zu entsprechen, müssen die Zähne,— von Anordnung, Articulation etc. abgesehen, — einen gewissen Grad von Festigkeit und

Widerstandsfähigkeit besitzen. Diese ist wiederum abhängig von der Dichtigkeit der Zahnsubstanzen.

Wie wir früher bereits gehört haben, wird mit zunehmendem Alter die Grundsubstanz an anorganischen Bestandtheilen reicher und es erhält die Structur fortschreitend ein dichteres Gefüge und wird dadurch widerstandsfähiger gegen die einwirkenden Schädlichkeiten und kräftiger, den bezüglichen Anforderungen zu entsprechen.

Während bis gegen das Ende des 3. Decenniums die Zahnsubstanzen an Dichtigkeit stets zunehmen, kann während der folgenden Jahre nur ein geringer Fortschritt constatirt werden.

Ungefähr im 6. Decennium treten die früher besprochenen senilen Erscheinungen ein, welche sich dadurch manifestiren, dass Cement und Zahnbein ein poröseres Gefüge erhalten, und namentlich letzteres ärmer an Kalksalzen und weicher wird, wie wir uns bei Herstellung derartiger Schliffe überzeugen.

Wir können somit behaupten, dass die Festigkeit und Widerstandsfähigkeit der Zähne in directem Verhältniss zu deren Dichtigkeit und zu den darin enthaltenen anorganischen Substanzen steht, und dass sie ihren höchsten Grad im 4. und 5. Decennium erreichen.

Zum Schluss möchte ich noch einige Bemerkungen über solche Zähne anfügen, welche Ernährungsstörungen erlitten haben. Die auffallendsten Formen sind in dieser Richtung jene, welche zur Zeit der Entwicklung hiervon betroffen wurden. Es gehören hierher vor allem die unter den Bezeichnungen « wellenförmiger Schmelz », « geriffte Zähne », « Erosion », « rachitische, scrophulöse Zähne » oder nach Zsigmondi « Hypoplexie des Schmelzes » bekannten Missbildungen, welche sich durch unregelmässige und mangelhafte Verkalkung nicht allein im Email, sondern auch im Zahnbein kennzeichnen. In letzterem finden wir jene Schichten, welche zur Zeit des störenden Einflusses im Verkalkungsstadium waren, von einer mächtigen Schicht von Interglobularräumen, also unverkalkter Grundsubstanz durchzogen. Es folgen nun Perioden normaler Entwicklung, die mit Störungen in der Verkalkung abwechseln. Die Natur scheint sich hierbei zu einer gewissen Energie aufzuraffen, um sodann wieder zu erlahmen, dann aber die Kräfte neuerdings zu sammeln u. s. f. Wir beobachten schon äusserlich an Wurzeln solcher Zähne abwechselnd heller und dunkler gefärbte Schichten, welche genau dem microscopischen Befund entsprechen. In besonders hochgradigen Fällen treten verschiedene Arten von Missbildungen und Verkümmerungen auf.

In Folge des geringen Gehaltes an Kalksalzen, sowie in Folge der geringen Dichtigkeit, bieten solche Zähne schädlichen Einflüssen nur geringen Widerstand. Interglobularräume finden wir zwar bei allen Zähnen; wir können aber zugleich beobachten, dass im Laufe der Jahre deren Verkalkung durch Assimilation erfolgt. Bei den in Rede stehenden Formen scheint letzteres jedoch nur in beschränktem Maasse einzutreten.

Ohne auf die näheren Details, sowie auf die Ursachen weiter einzugehen, da mich dies zu weit führen würde, will ich nur noch auf jene Störungen hinweisen, welche mit Vorliebe zu Ende des zweiten und Anfang des dritten Decenniums und zwar vorzugsweise an Zähnen weiblicher Individuen aufzutreten pflegen.

Bei solchen Patienten, die wir in kürzeren Zeiträumen regelmässig beobachten können, sind wir in manchen Fällen überrascht, grössere Cavitäten gegen unser Erwarten zu finden. Während die Zahnsubstanzen unseren Instrumenten früher nicht unbeträchtlichen Widerstand entgegenstellten, finden wir dieselben plötzlich von kreidigem Gefüge. Der Grund für diese Erscheinung liegt im Allgemeinbefinden. Vor Allem ist es die Chlorose, sowie Tuberculose, welche sich hierin äussern und zu Ernährungsstörungen Veranlassung geben. Nicht die Entziehung, sondern der mangelhafte oder ganz unterbliebene Ersatz der Kalksalze, welche im Haushalte dieses kleinen Organes verbraucht wurden, ist es, der zu dieser Erscheinung führt. Besserung des Allgemeinbefindens allein vermag durch normale Nahrungszufuhr und normale Assimilation die verminderte Festigkeit wieder zu erhöhen, die allerdings kaum mehr jenen Grad erreichen wird, wie bei solchen Zähnen, welche von einer derartigen Störung nicht betroffen wurden.

Die einschlägigen Präparate erlaube ich mir, Ihnen nun vorzulegen.

Dott. C. **Platschic** (Milano):

Odontometria giudiziaria.

Questa parola nel caso nostro va intesa in un senso più ampio di quello che la sua etimologia dinoterebbe. Infatti io non parlo qui di misure dei singoli denti come organi isolati, ma di misurazioni da dente a dente, secondo determinati diametri, ed inoltre di tutte quelle particolarità che un attento esame dell'apparecchio masticatorio può far rilevare.

Uno sguardo sul posto che l'apparato masticatorio tiene nella letteratura medico-legale, e come casuistica, e come oggetto di speciali studii e ricerche, ci suggerisce le seguenti riflessioni: l'Odontoiatria considerata come le altre specialità, portare il suo contributo nelle perizie chieste dalla giustizia, e cioè risolvere quesiti colla competenza che solo dal pratico e lungo esercizio si può acquistare.

In tal caso tutti gli argomenti che si trovano svolti nei trattati completi di dentistica, dall'eruzione alla scomparsa dei denti, dall'apparecchio di raddrizzamento agli otturatori, dal dente a perno alle dentiere complete ed ai lavori a ponte, dalla semplice limatura fino alle otturazioni di contorno le più difficili, costituiscono altrettanti quesiti, che il giudice può presentare al dentista perito.

Ma quando trattasi di argomenti che fuoriescono dall'orbita professionale nel senso comune della parola, come ad esempio le lesioni traumatiche inferte dai denti o sui denti, le alterazioni dei denti in rapporto alle professioni o mestieri, i quesiti sull'età, sul sesso, sulle razze, le anomalie dei denti negli idioti, nei sordomuti, nei nati ciechi, ecc., e tutte quelle che, secondo gli studii moderni, possono contribuire come indice di degenerazione negli studii di antropologia criminale, il dentista deve scomparire per cedere il posto al medico legale. L'odontoiatra potrà venire chiamato in aiuto, come dissi, per completare, qualora le sue cognizioni lo mettano in grado di farlo, i mezzi che devono illuminare la giustizia; ma lo studio speciale di certi quesiti essenzialmente medico-legali, e per citarne il più complesso, quello dei denti nella identità personale, meritano

un massimo sviluppo e devono occupare nei trattati di medicina legale un posto più importante di quello fino ad ora a loro riservato.

Passando in rivista qualche capitolo di medicina legale, tolto da uno dei migliori moderni trattati, leggo: Regole per la esatta descrizione del cadavere: « Esaminare una ad una le aperture delle orecchie, del naso e della bocca. »

È implicitamente compresa una superficialità d'osservazione, poichè nella bocca i denti sono, se non parte integrale (chè la precedenza non è riservata a loro, piuttosto che alla lingua, o alla mucosa in genere), certo un apparato a sè che esige una minuziosa e diligente osservazione, eseguita con criterii speciali, che solo dallo studio della odontologia applicata alla medicina legale possono venir suggeriti.

Così nello stabilire l'età dello scheletro di un individuo incognito, si rammenta soltanto al perito che la prima dentizione si compie dal sesto mese all'anno, la seconda dai 7 ai 9 anni, la terza dai 18 ai 19, la quarta dai 30 in là, apparendo gli ultimi grossi molari (*sic*).

Non si può ammettere che un tale errore, secondo la classificazione nostra, sia stato inserito in un lavoro pregevolissimo e si deve credere che speciali criterii abbiano presieduto a tal metodo di distribuzione dei denti in rapporto all'epoca della loro eruzione, criterii che hanno reso, pare, necessario uno strappo alle leggi comunemente accettate sulla evoluzione dei denti.

Questa è un'altra prova della necessità dell'ingerenza che l'odontologo deve avere in quelle parti di altri rami scientifici che ricorrono allo apparato masticatorio per completarsi o per dedurne citazioni.

Costretto dalla brevità del tempo concesso e per non ritardare ai miei colleghi di apprendere le importantissime comunicazioni che devono seguire alla mia, divido il mio lavoro in due parti. Una, che verrà comunicata per le stampe, che tratta degli studii odontologici che il medico legale deve avocare a sè, come parte integrale della medicina forense e che non costituisce affatto, salvo specialissimi casi, oggetto di studii dell'odontoiatra: l'altra che passo ora a considerare in modo speciale, tratta del contributo che io penso possano offrire i denti in quella parte di procedura giudiziale che ha per iscopo il riconoscimento degli individui, che hanno avuto o che stanno per avere rapporti colla giustizia.

Io penso, cioè, che l'odontometria offra più facile e più pronto mezzo d'indagine, per il riconoscimento, l'identificazione dei delinquenti, di quanto faccia l'antropometria attualmente a tal uopo adibita.

È necessario però, o egregi colleghi, che io esponga, almeno succintamente, lo scopo di questo speciale servizio giudiziario e come funzioni.

La fotografia giudiziaria accompagnata da classificazioni antropometriche rende oggidì un grandissimo servizio alla giustizia. Se prendiamo a modello l'Ufficio di Antropometria giudiziaria a Parigi, diretto da Bertillon, vediamo che per esso vengono riconosciuti, con oltre 200,000 fotografie, circa 1000 individui all'anno, e che sono rese così del tutto vane le dissimulazioni di identità, salvo per quelli che cadono in mano della giustizia per la prima volta, e su cui naturalmente non vennero prese le misure antropometriche.

Gli scopi per cui un malfattore recidivo è spinto a dissimulare la sua identità sono evidentemente parecchi, come: il non aggravare la nuova pena pel fatto della recidività stessa, il non essere trattenuto in arresto se con-

tumace, servendosi di falso nome, se disertore o renitente alla leva ed arrestato per un lieve reato, non essere riconsegnato all'autorità militare; sfuggire all'arresto se evaso; ecc.

Qualunque malfattore volgare, dopo scontata la prima pena, ha interesse adunque a modificare di punto in bianco il suo stato civile, e se arrestato nuovamente, tanto più se in paese straniero, può dissimulare l'essere suo, qualora la fotografia giudiziaria aiutata dall'antropometria non renda vana la tentata simulazione. Si comprende come in ciò le questure o prefetture di polizia delle varie nazioni devono procedere d'accordo e scambiarsi il servizio pel riconoscimento dell'identità personale dell'arrestato con mezzi eguali e quindi con accordi internazionali.

L'antropometria giudiziaria, che va ben distinta dall'antropometria criminale ed etnografica, ha per iscopo di poter classificare le varie fotografie collocandole in varii riparti corrispondenti alle speciali misure che vengono prese sull'arrestato, e di cui parleremo più oltre; ma non solo servono a facilitarne la ripartizione; queste misure possono da sè sole pure servire al riconoscimento di un individuo, qualora la fotografia non assomigliasse più alla persona, sia per le alterazioni della fisonomia prodotte dall'età, dalle passioni, dalle malattie, da accidentalità, sia per quelle prodotte dalla mano stessa del delinquente, che ha avuto interesse di mutilarsi per togliere cicatrici ed altri segni caratteristici acquisiti o avuti dalla nascita, od intervenendo nel riconoscimento dei cadaveri, giacchè la morte, la posizione orizzontale, e talora il principio di putrefazione alterano in guisa la fisonomia che il riconoscimento dell'identità in tal caso colla fotografia è impossibile.

Il processo di classificazione delle fotografie si fa adunque per mezzo delle seguenti misure antropometriche.

1° Altezza dell'individuo dalla sommità del capo alla base dei piedi;
2° Distanza da una estremità superiore all'altra a braccia aperte;
3° Altezza del busto (dalla testa al sacro in posizione seduta);
4° Lunghezza della testa;
5° Larghezza della testa;
6° Lunghezza dell'orecchio destro;
7° Lunghezza del piede sinistro;
8° Lunghezza del dito medio sinistro;
9° Lunghezza dell'avambraccio dall'estremità del medio all'articolazione del cubito.

Con queste misure, che vorrebbero essere misure scheletriche, si classificano, come in un catalogo, raggruppando le fotografie dei varii individui prima in 3 grandi divisioni, suddivise in altre 3 corrispondenti alla lunghezza della testa, grande, media e piccola; ciascuna di queste 3 viene nuovamente suddivisa a seconda del dito medio della mano sinistra, grande, medio e piccolo, e così si hanno 27 suddivisioni, ciascuna delle quali viene a sua volta divisa in 3, a seconda delle misure del piede, grande, medio e piccolo; queste a loro volta in altre 3 per la lunghezza del cubito e da ultimo ognuna di queste estreme suddivisioni è ripartita in altre 3 per l'altezza dell'individuo.

Si possono così avere 729 riparti in cui un individuo si troverà catalogato per lo meno sei volte, salvo essere registrato per il colore del-

l'occhio ed altri segni caratteristici od anomalie speciali che colpiscono l'osservatore.

Queste misure, al ripresentarsi di ciascun individuo, vengono prese nuovamente e di nuovo succede la classificazione del soggetto seguendo le norme suaccennate.

Così l'ufficiale incaricato di tal servizio, trova la casella ove sarà la fotografia dell'individuo.

Apprezzando questo sistema che innegabilmente ha dato e dà ottimi risultati, la mente nostra si domanda se sia possibile semplificare questo metodo di misurazione rendendolo più spiccio e non meno sicuro, e per qual motivo, giacchè si pretendono fissare dei diametri scheletrici, non si prendano su quella parte dello scheletro che non è ricoperta da tessuti molli, i quali possono rendere meno precisa l'indagine voluta.

Dissi scheletro, giacchè, per la natura delle nostre osservazioni, che non sono d'indole istologica, questa parola torna comoda per il confronto.

Ed ecco come sorse l'idea della odontometria applicata al riconoscimento degli individui, ed ora dirò quali le ragioni, quali le obbiezioni secondo me possibili, quale il metodo da proporsi.

Dai lavori accurati e dalle numerose misurazioni prese dal Broca, Dubois, Fenkel, Talbot, Schmelz e Krause, su cranii umani e per studii odontologici in rapporto alla etnologia, noi possiamo trarre un argomento a sostenere la nostra proposta sulla preferenza da darsi all'odontometria, in confronto all'antropometria giudiziaria. Il Fenkel, a modificazione dei metodi di misurazione delle parti scheletriche riguardanti l'apparato masticatorio proposti dai suoi predecessori, indicava, in un suo ultimo lavoro, come più pratiche le seguenti misure:

1° Larghezza del mascellare superiore fra i margini alveolari esterni dei denti di saggezza;

2° Lunghezza del mascellare superiore con una linea che congiunge le tuberosità mascellari dietro il dente di saggezza e passante ad angolo fra gli incisivi centrali;

3° Altezza del mascellare superiore;

4° Larghezza della mandibola fra i due angoli d'uso;

5° Lunghezza della mandibola dalla spina mentale esterna [1]) fino agli angoli della mandibola;

6° Larghezza del processo alveolare della mandibola fra i margini alveolari esterni dei denti di saggezza;

7° Lunghezza del processo alveolare della mandibola dal margine alveolare fra gli incisivi centrali fino a quello dietro i denti di saggezza;

8° Altezza della mandibola;

9° Distanza fra il processo condiloideo e coronoideo della mandibola.

Ora, ho fatto l'osservazione che, benchè tali misure siano state applicate su cranii della medesima razza, non si è mai potuto riscontrare la identità di tre diametri in due soggetti, rarissimamente di due, difficilmente di uno.

[1]) La spina mentale esterna non va confusa colla protuberanza mentale od eminenza mentoniera. Essa sarebbe il punto mediano del margine inferiore della mandibola; si troverebbe quindi al disotto della protuberanza del mento. Benchè nei trattati di anatomia descrittiva non si trovi menzionato questo punto anatomico, esso fu scelto dal Fenkel per misurare la distanza che passa dal centro del margine inferiore della mandibola ai due angoli della stessa.

Con questi diametri, che si possono prendere anche sul vivo, meno il 9°, ed ai quali si può anche aggiungere le misurazioni del Talbot, presentate a Washington (nel suo lavoro sulle cause dei palati deformati in rapporto anche allo sviluppo intellettuale), vista adunque l'impossibilità pratica di ritrovare due individui che offrano le identiche misurazioni, si potrebbe con queste riconoscere nella bocca sufficiente fonte di controllo.

Ma v'ha di meglio.

Qualora noi teniamo calcolo delle infinite varietà offerteci da tutte le bocche, che per ragioni professionali o scientifiche quotidianamente ci tocca esaminare, varietà che enumererò più avanti, troviamo in esse la caratteristica individuale.

Che se ad essa noi aggiungiamo il sussidio della fotografia, avremo la possibilità di riconoscere molto più facilmente e con meno perdita di tempo l'identità personale.

Si noti che io parlo di perdita di tempo: e mentre esso nelle indagini di gabinetto non deve costituire ostacolo veruno, è prezioso nei pubblici ufficii e rende talora persino preferibile un metodo meno perfetto ad uno più perfetto ma troppo lento.

Supponiamo per esempio una classificazione, la quale fosse rappresentata da tante suddivisioni quante sono le seguenti varietà:

1° Alterazioni congenite di forma dei denti;
2° id. id. di struttura id.
3° id. id. di colore id.
4° id. id. di numero id.
5° id. id. di sede id.
6° id. id. di posizione id.

Tipi di masticazioni varie, come:

7° L'antagonismo normale;
8° La masticazione cosiddetta in testa;
9° La masticazione inversa;
10° Il prognatismo patologico dentale;
11° Il progenismo patologico dentale;
12° L'opistognatismo;
13° L'opistogenismo;
14° Il *mordex apertus* Carabelli;
15° La mascella a V.;
16° La mascella contratta;
17° Le anomalie di numero in eccesso;
18° id. id. in difetto;
19° La carie per la sede;
20° La carie pel materiale d'otturazione;
21° La protesi per quantità;
22° La protesi per qualità.

Le alterazioni permanenti acquisite professionali, per esempio:

23° Dei fumatori;
24° Dei calzolai;
25° Dei soffiatori di vetro;
26° Dei suonatori d'istrumenti a fiato;
27° Degli operai che lavorano nel rame;

28° Degli operai che lavorano nel piombo;
29° id. id. nel fosforo;
30° id. id. nel mercurio;
31° Le fessure congenite del palato duro;
32° id. acquisite id. id.
33° id. congenite del velo;
34° id. acquisite id.
35° Apparecchio masticatorio normale.

È ben difficile che qualcuno si sottragga ad una od a più d'una di tali deviazioni dal tipo di una bocca normalmente costituita. Se ciò si presentasse, potrebbe per sè fornire una speciale e fortunata categoria.

Aggiungasi a questa classificazione, una doppia impronta, con cui l'impiegato che ha l'incarico di rilevare le misure volute, potrà con tutto suo comodo completare le caratteristiche dei denti in esame.

Il pregio di questo processo starebbe nella sua semplificazione in confronto del consueto modo di misurazione.

L'esaminatore, collocatosi alla destra del soggetto, può col semplice specchio riflettore, dettare ad altri, usando la formola internazionale convenuta, tutto quanto egli vede e crede degno di particolare menzione, avendo presente la classificazione suddescritta.

Se quanto egli ha segnalato non è suscettibile di ulteriori modificazioni, tali da distruggerne la traccia, come certe anomalie complesse, le alterazioni nel tipo della masticazione, la mascella a V, la contratta, le fessure, ecc.; non occorrono le misure da prendersi poi sul modello, e quindi superflua la impronta, riservandosi questa a quei casi ove si prevede la possibilità che scompaiano tutte le note caratteristiche rilevate al momento dell'esame.

L'ufficio potrebbe, per esempio, presentare il seguente casellario: Cinque gruppi principali rappresentanti i tipi varii di masticazione, ciascuno dei quali ha tanti sottogruppi, quante sono le alterazioni permanenti, quali di numero, sede, posizione, forma, grossezza, struttura, ed ognuna di queste a sua volta una terza suddivisione per le alterazioni, condizioni patologiche meno stabili dei quattro segmenti delle arcate dentarie.

Ciascun individuo viene registrato solo tre volte, potendo anche bastare il controllo delle due prime categorie, qualora siano sorte nuove condizioni patologiche, o siano scomparse le vecchie, a intralciarne la ricerca.

Per quei soggetti i quali non offrono sufficiente controllo rilevabile alla sola ispezione oculare, dissi, servono le impronte sulle quali si rilevano per ciascuna mascella tre diametri meno soggetti a modificazioni, il bilaterale superiore ed inferiore presso ai cuspidi interni dei quinti, un diametro che unisce il margine alveolare linguale degli ottavi, passando ad angolo acuto nel punto di approssimazione degli alveoli dei centrali, superficie linguale, ed uno che unisce il margine alveolare posteriore degli ottavi.

Queste misure sono sufficienti, pur non escludendo l'opportunità di aggiungerne altre; ma ripeto, le misure molteplici eseguite, dimostrarono che sono sufficienti a stabilire un casellario rappresentato dalle varie misurazioni millimetriche, per gli individui che non possono, per le loro fortunate condizioni, essere registrati, come per la maggior parte, nei gruppi suddescritti.

Ora praticamente si vede che al ripresentarsi dell'individuo, non è necessario, per riconoscerlo, procedere alla completa misurazione, come nel-

l'attuale metodo di antropometria giudiziaria, per averne quasi una risultante che indichi la casella riservata alla sua fotografia, ma si ricorrerà a questo estremo solo nel caso che di primo acchito non si sia rintracciato nella bocca del nostro soggetto una qualunque di quelle alterazioni che ci permettano di porre tosto la mano sulla sua fotografia, e stabilire così in modo ineccepibile l'identità sua.

Alcune obbiezioni possono venir sollevate contro il metodo da me ideato, e cioè, il rifiuto da parte del soggetto a subire le misurazioni; e questo vale anche per l'antropometria, ed anzi è un indizio caratteristico in caso di recidività; di più, che le varie modificazioni cui vanno incontro le ossa mascellari, non solo per ragioni patologiche, ma anche fisiologiche, potrebbero render nullo lo scopo dell'odontometria. Noto a proposito che tutte le ossa subiscono sensibili modificazioni per conto proprio e per conto dei tessuti interarticolari, e che l'apparato masticatorio essendo rappresentato da varie parti distinte, molte di esse permarranno, e la scomparsa di qualche dente o qualche parziale modificazione per involuzione fisiologica, o retrazione cicatriziale, non alterano la possibilità del riconoscimento, non essendo limitati ad uno solo i dati che noi rileviamo pel successivo controllo.

Nella speranza che gli egregi colleghi vorranno prender atto di questa proposta, io presento le conclusioni che riassumono l'argomento, che ho mutilato in parte per l'esigenza del tempo, l'una di indole generale, l'altra di carattere speciale.

La prima è la seguente: L'odontologia, indipendentemente dai noti rapporti che ha colla medicina forense, al pari delle altre branche medico-chirurgiche, offre al medico legale una serie di nozioni, di indagini e di criterii, per nulla o quasi nulla interessanti l'esercizio pratico, ma di indole essenzialmente medico-legale. L'odontologia quindi deve, sotto questo rispetto, occupare un posto ragguardevole nella medicina forense.

La seconda, quella cioè di indole speciale, riguarda un progetto per la sostituzione della antropometria giudiziaria per l'identificazione dei delinquenti colla semplice odontometria, la quale offrirebbe alla giustizia un mezzo d'indagine più facile, più sicuro e più perfetto.

Dott. L. **Coulliaux** (Milano):

Dello strato e substrato odontoblastico.

Signori colleghi: Non m'allieta la speranza di venir a dirvi cose nuove, a risolvere problemi per la astrusità loro, insoluti tutt'ora: vengo semplicemente a richiamare alla vostra memoria, nel modo più succinto che mi sarà possibile, le diverse ipotesi emesse; a sottomettere alla vostra cortese discussione i risultati (sebbene non per anco ben completi) dei miei studii e delle mie ricerche.

Voi conoscete la istologia dell'organo dentale; piccole cellule sferiche embrionali che si rivestono ad un certo periodo dell'evoluzione di cellule più altamente organizzate, gli odontoblasti di Waldeyer. Inutile rammentarvi le diverse forme sotto le quali sono state descritte, differenze forse dovute ad osservazioni fatte in diversi periodi dell'evoluzione, fors'anche su di organi sani o malati: — respingo solamente e senz'altro fosse pure la espressione di *rivestimento epiteliale* usata da taluni autori: che il tessuto connet-

tivo possa originare delle forme epitelialiformi od anche vere epiteliali, le ricerche di Gussenbauer, Klebs, Schöbl, ecc. han dimostrato possibile; ma questo infino ad ora soltanto in condizioni patologiche; la proposizione di Thierch e Waldeyer: « epitelio, solo da epitelio, » appare vera e senza eccezioni nelle condizioni normali. Vi è ben noto come l'età diminuisca il volume ed il numero degli odontoblasti, ed il Röse crede ad un ritorno loro alle cellule primitive. Conoscete la loro intima struttura e sapete dei diversi processi stati ammessi, dentinale, pulpare, laterale, come ha scritto Tomes: del loro numero, quale fu descritto da Boll, Röse: della terminazione loro come differentemente ammisero Tomes, Waldeyer, Magitôt, Atkinson, Robertson, ecc.; infine, come il processo dentinale sia stato negato da Klein, il pulpare da Hertz, i laterali dalla più parte degli autori.

Al disopra degli odontoblasti è stato descritto differentemente uno strato ben distinto; al par di me sapete della « membrana della polpa » di Bell, Purkinie, Rascon, Andrieu, e dell'origine attribuitale; della spiegazione che ne ha data il Magitôt; come possa concepirsi la presenza di esso strato, studiando Weil, v. Ebner, Röse.

Voi conoscete ancora come sia stato variamente scritto intorno ad un substrato odontoblastico; substrato che risulterebbe di cellule di transizione (Tomes), di cellule stellate nervose (Magitôt), di più strati di odontoblasti (Atkinson, Robertson, Metnitz), di cellule di riserva (Waldeyer); nè può esservi ignota la spiegazione esatta che di tali parvenze ha data il Röse. Or non è molto, il Weil accennò pure ad uno speciale substrato, e ricorderete la spiegazione che volle darne v. Ebner.

Ed eccoci così ora in presenza di nuovi problemi: la formazione della dentina è veramente una dipendenza degli odontoblasti, oppure no? Nel primo caso è dessa il risultato di una secrezione, oppure di una trasformazione di quelle cellule? e da ultimo vi sono più strati di odontoblasti che si susseguono, ovvero gli è un solo strato per tutta la vita?

Voi conoscete l'importanza data da quasi tutti gli autori agli odontoblasti nella formazione della dentina, e come le varie teorie vadano differenziandosi nelle minute particolarità. Vi è nota così la teoria secretiva di Bell; quella secretiva e di trasformazione ad un tempo di Kölliker, Lent, Hertz, Wenzel ecc.; la teoria di Magitôt, nè di secrezione, nè di trasformazione; quella di Klein e l'origine da lui assegnata alle fibrille di Tomes; la teoria di trasformazione totale di Waldeyer, Bell, Tomes, Beale, Frey ecc.; la spiegazione più recente data da v. Ebner, Weil, Röse, secondo la quale avverrebbe un cambiamento del protoplasma alla superficie superiore della cellula, ed una successiva comparsa in esso prodotto di fibrille connettivali cedenti gelatina, fra le quali avrebbe luogo la deposizione dei sali calcari.

L'origine di queste fibrille cedenti gelatina è stata, lo sapete, in vario modo interpretata da Kölliker, Rolett, Brucke, Hemming, v. Ebner e Mummery.

Per riguardo all'ultimo quesito, Tomes e recentemente Atkinson hanno affermato la successione di più strati odontoblastici nella formazione dentinale: Kölliker, Lent, von Ebner, Röse ecc. ne ammettono soltanto uno per tutta la vita.

Avrete certamente letta la strana teoria emessa da Heitzmann e Boedecker, quella cioè che rifiuta agli odontoblasti qualsiasi azione nella forma-

zione eburnea, la quale dipenderebbe da corpi midollari prodotti dalla scissione degli odontoblasti stessi.

Finalmente, non può esservi nuova la doppia attività funzionale, assegnata agli odontoblasti da Magitôt, e sovratutto da Coleman, vale a dire attività formativa dapprima, e sensoriale speciale di poi: ciò ch'io non posso ragionevolmente ammettere, dappoichè le due attività richiedono necessariamente una diversa essenza anatomica.

Per finire: nego la esistenza di un soprastrato odontoblastico come tessuto veramente e propriamente organizzato, ed accordandomi col Weil, sono propenso a chiamarlo « zona di calcificazione »; nego poi la esistenza di un substrato di natura nervosa; nè sono per ora competente a dare spiegazione dello strato di Weil; la spiegazione del v. Ebner poco mi soddisfa, ma non saprei per ora nè respingere in modo assoluto che trattisi veramente di un prodotto artificiale, nè ammettere piuttosto un prodotto patologico, un prodotto di involuzione senile, un prodotto di trasformazione odontoblastica o pulpare; la proprietà di formare dentina non sarebbe esclusiva agli odontoblasti (i risultati delle ricerche del Canalis mi confermerebbero in questa ipotesi), ma sarebbe propria all'altre cellule della polpa, come ebbe già ad affermare Hohl, almeno sotto determinate condizioni; e di qui la genesi e la struttura degli odontelii e delle altre varietà di dentina troverebbero più facile, più razionale spiegazione.

Discussione

Dott. **Avanzi** concorda colle opinioni dell'oratore; mentre il signor Carreras dubita che presso ai vasi possa aver luogo una formazione di odontoblasti.

Doct. **J. Lévy** (Varsovie):

De la profession et de l'instruction dentaires.

Dans ces dernières années, on s'est occupé, à maintes reprises, du mode d'instruction des dentistes, dans les sociétés et les journaux dentaires. Les opinions différentes ont été consciencieusement discutées et chaque auteur, chaque orateur croyait avoir suffisamment prouvé la justesse de ses idées; toutefois l'unique résultat de ces discussions fut de provoquer un intérêt général en faveur de la question de l'instruction des dentistes.

Je me permettrai tout d'abord de faire observer qu'une partie de nos confrères, considérant la profession comme une spécialité médicale, voudrait voir imposer aux candidats une instruction adéquate. — Sans vouloir critiquer cette opinion, je me bornerai à vous signaler les faits suivants:

Parmi les Etats, il n'y a que l'Autriche-Hongrie où l'on exige un cours complet d'études médicales pour autoriser la pratique de l'art dentaire, et dans les autres pays, il n'y a qu'un nombre relativement infime de médecins qui se consacrent à notre spécialité, d'où l'on pourrait conclure, — en adoptant l'opinion des confrères signalés plus haut, — que la plupart des praticiens dentistes ne sont pas capables d'effectuer leurs travaux spéciaux avec autant d'habileté que la minorité des dentistes possédant le titre de

Docteur en médecine. Il est remarquable que, parmi nos confrères qui considèrent la dentisterie comme une branche de la médecine et exigent une instruction correspondante, il s'en trouve qui n'ont pas complété leurs études médicales et qui, en conséquence, ont reconnu que leurs connaissances théoriques et pratiques sont très inférieures à celles de leurs rivaux pourvus du diplôme de Docteur en médecine. La modestie est une vertu, mais il n'est pas probable qu'elle soit fort répandue parmi nous sous cette forme.

D'autres confrères sont d'avis, au contraire, que le mode d'instruction spéciale usité en leur pays est rationnel, et qu'il suffirait de relever le niveau de la profession en se liguant contre les influences extérieures et en perfectionnant par un labeur soutenu les travaux de la spécialité. Cette manière de voir peut être correcte au point de vue des dentistes actuels; mais il reste à démontrer si ce genre d'éducation suffirait aux praticiens de l'avenir.

Enfin, selon une troisième opinion, une réforme de la profession et de l'instruction dentaires s'impose, à la condition que la dentisterie sache acquérir un terrain propre. Cette opinion s'appuie sur les considérations suivantes:

1. La position sociale des dentistes est, aux yeux des médecins et du public, inférieure en comparaison avec celle des spécialistes médicaux qui ont obtenu un brevet d'état.

2. L'art dentaire doit surtout ses progrès successifs aux travaux et aux recherches de ceux des dentistes qui n'ont pas fait un cours complet d'études médicales.

3. Il n'est pas supposable que les dentistes d'Autriche-Hongrie, seul pays où le diplôme de Docteur en médecine leur soit imposé, se distinguent de leurs confrères des autres contrées par des travaux et des connaissances extraordinaires; et la vérité est que bon nombre d'entre eux n'ont pas acquis leur instruction pratique dans leur patrie.

4. La dentisterie actuelle a fait assez de progrès pour s'assurer une position indépendante comme science et art manuel.

Messieurs, quand, il y a un an, j'avais l'honneur de transmettre au Comité mon intention de faire une proposition sur la réforme de l'instruction dentaire, j'ignorais que ce sujet avait été discuté dans plusieurs assemblées (entre autres à la section de chirurgie dentaire du Congrès américain, et à la Société des dentistes du Schleswig-Holstein). Je ne connaissais ni l'article publié dans la *Deutsche Medicinische Zeitung: Ueber den Bildungs- und Studiengang der Zahnärzte*, ni la polémique à laquelle cet article avait donné lieu.

Après avoir pris connaissance de ces discussions, je compris qu'il serait inutile de vous présenter des propositions déterminées parce que leurs discussions écourtées ne sauraient amener un résultat satisfaisant pour tous les partis. Je me borne donc à vous faire une proposition modifiée, en vous demandant la permission de l'appuyer sur quelques motifs préalables.

Tandis que le type des études médicales est à peu près le même dans tous les pays, l'enseignement des étudiants dentistes est, au contraire, fort différent dans les diverses contrées. Aussi une discussion sur la question de l'éducation dentaire, dans les sociétés différentes, ne saurait-elle aboutir à des résultats pratiques. D'autre part, il est impossible d'espérer des réformes dans des pays isolés pour des causes que nous n'avons pas à exposer ici; ces

réformes ne sont d'ailleurs pas désirables, parce qu'elles ne serviraient pas à relever la profession en général.

Si une profession désire se faire entendre favorablement des pouvoirs législatifs, il faut qu'elle fasse exprimer ses vœux par ses représentants dans tous les pays. Commençons par nous mettre d'accord sur ce que nous désirons obtenir, il ne nous sera pas difficile d'enlever les obstacles qui nous barrent le chemin et de créer, sinon pour nous, du moins pour la génération prochaine, un état de choses qui ne le cédera pas à la profession médicale au double point de vue scientifique et social.

Voici maintenant la proposition que je prends la liberté de soumettre à l'honorable assemblée: Donner pouvoir au Comité de la section de convoquer en une réunion spéciale, les dentistes de tous les pays actuellement présents à Rome, avec l'ordre du jour suivant:

1. Élection d'un comité de dentistes pour chacun des pays représentés au Congrès médical, dans le but d'élaborer un projet d'enseignement dentaire. Chaque comité devra, dans le courant de l'année 1894, envoyer à ceux des autres contrées son projet rédigé en deux des langues admises au Congrès.

2. Convocation, dans le cours de l'année 1895, d'un Congrès dentaire international, pour y discuter les résultats des divers comités.

3. Désignation du lieu de réunion du Congrès dentaire international et nomination du comité local chargé des travaux préparatoires.

Permettez-moi d'ajouter, très honorés confrères, qu'aucune ville du monde ne me paraît aussi favorable que Rome pour le règlement d'une question aussi importante que celle qui fait l'objet de ma proposition. Je suis d'ailleurs convaincu que la majorité d'entre nous ne considère pas l'art dentaire uniquement comme une industrie vulgaire, et est prête à sacrifier des avantages personnels dans le but d'élever la profession et de lui être utile. Je termine sur cet espoir et je vous prie de m'accorder votre bienveillante indulgence.

Dott. **A. Coulliaux** (Milano): Non posso appoggiare la proposta del signor Lévy, a motivo che in Italia si è ottenuto lo scopo desiderato, vale a dire che chi vorrà essere dentista dovrà essere laureato in medicina e chirurgia; noi siamo a posto! Egli è ben vero che ci troviamo pel momento in un periodo di transizione, nel quale manchiamo ancora di una scuola completa di odontoiatria, ma non è che quistione di tempo. Io che ho tanto lavorato per lo scopo la Dio mercè ottenuto, quello di far entrare il dentista fra i medici, non patrocinerò mai un *congresso di soli dentisti*, imperocchè tale separazione non sarebbe che fare un passo indietro: aggiungerò di più che nel X Congresso internazionale medico di Berlino, dietro proposta del dott. Magitôt, si è stabilito che *d'ora innanzi la nostra sezione non debbasi più chiamare* di *Odontologia* ma di *Stomatologia.* »

(Questa dichiarazione riscuote un applauso generale).

Prof. **Giuria:** La proposta del sig. Lévy non è cosa di scienza: i regolamenti del Congresso vietano di occuparsi di ciò che vi è estraneo, quindi propongo si passi all'ordine del giorno.

Messa ai voti la proposta del professore Giuria è approvata a grande maggioranza.

Dott. **S. Atkinson** (Napoli):

Velopendoli artificiali.

Presento tre casi.

1° Per riparare alla fissura congenita del palato duro e del velopendolo;

2° Per riparare un foro nel palato duro e la perdita del velopendolo per sifilide;

3° Per la riparazione del velopendolo perduto per sifilide.

In tutti e tre i casi l'apparecchio consiste in una placca di caoutchouc, che copre il palato duro, alla quale è attaccata, per mezzo di una cerniera d'oro, un'altra placca di caoutchouc che rimpiazza il velopendolo, il movimento del quale è regolato da una molla spirale.

Nel terzo caso ho fatto una differenza nel porre la molla fissandola in un solco scavato nello spessore del caoutchouc, essendo il palato duro intatto; mentre negli altri due casi la molla è libera sulle superficii delle placche.

Riduzione della deviazione della metà del mascellare inferiore, consecutiva alla recisione per sarcoma con la reintegrazione artificiale del mezzo mascellare.

In questo caso l'infermo è stato operato per sarcoma nella regione sottomascellare sinistra, diffuso alla branca orizzontale dell'osso mascellare sottostante.

Si fece l'asportazione della neoplasia, della glandola sub-mascellare sinistra, di un ganglio profondo infetto e quindi del mascellare sinistro inferiore, recidendo fra l'incisivo laterale e il canino e fra il 2° e 3° molari.

In conseguenza all'operazione, la parte destra del mascellare rimasta deviò tanto, che articolava nel mezzo del palato e l'infermo oltre al deturpamento del viso, non poteva masticare e difettava nel parlare.

Per ridurre la deviazione, feci un pezzo artificiale in caoutchouc che si adattava nel poco spazio rimasto fra l'incisivo ed il molare. Ogni due giorni, aggiungevo dalla parte del molare, uno strato di guttapercha, e potei in 23 giorni ottenere che la mascella si raddrizzasse ed articolasse naturalmente.

Può interessarvi sapere che in 26 casi di resezione della mascella inferiore, da me riparati, 21 casi furono alla sinistra, solo 5 casi alla destra.

Un caso di reintegrazione artificiale del naso, delle fosse nasali, del palato duro e del velopendolo, distrutti per ulcerazioni gommose da sifilide ereditaria.

In questo caso il naso si trova quasi totalmente distrutto, non rimanendo di esso che un bottone poco prominente, sul quale esistono le due narici per cui il volto dell'infermo, orribilmente deturpato, si presenta come infossato tra la fronte e la bocca, e al posto del naso, vi è un'apertura beante, per la quale, attesa la coesistenza di distruzione del palato, si guarda in una cavità formata dal cavo nasale, dalla cavità boccale e dalla faringea.

Scomparso ogni vestigio del setto osseo, del setto cartilagineo, distrutti i cornetti e le ossa nasali.

La volta palatina è anche estesamente distrutta; manca il piano formato dalle apofisi palatine dei due mascellari e dalla porzione orizzontale dei due palatini, e della volta propriamente detta non rimane che una parte

dell'arcata alveolare del mascellare destro, dove si vedono ancora impiantati due molari, gli unici denti in tutta l'arcata dentaria superiore, essendo il margine alveolare del mascellare sinistro puranche parzialmente distrutto.

Egualmente, del velopendolo non si vede traccia: perduta l'ugola, attaccati e distrutti i pilastri anteriori e posteriori, il processo necrotizzante non ha nemmeno risparmiato le amigdali.

Da questa sommaria esposizione s'intenderà quali debbano essere stati e quali ancora continuerebbero ad essere i gravi disturbi funzionali e le gravi molestie della inferma, se la riparazione non fosse intervenuta.

Oltre l'afonia quasi totale, il rigurgito dei liquidi e dei cibi per il naso, l'odore nauseabondo emanato da secrezioni di varia natura, tanto che la povera infelice era divenuta obbietto di ribrezzo a sè stessa.

Il congegno per la riparazione è diviso in tre parti.

1° Un pezzo per il palato duro e il velopendolo insieme, di caoutchouc indurito per la porzione anteriore, destinata a sostituire la volta, e di caoutchouc molle ed elastico, per il segmento posteriore, simulante il velopendolo.

La volta è contornata dall'arcata dentaria, fornita dei denti, artificiali tutti, meno i due che l'inferma conserva. Questo pezzo si adatta esattissimamente nella bocca dell'inferma; e rappresenta da una parte la tettoia del cavo orale, non più comunicante col pavimento delle fosse nasali, dall'altra la naturale divisione di quella cavità e la cavità naso-faringea, cui il velo fa da valvola e da sepimento insieme.

2° Un pezzo, approssimativamente un tronco di cilindro irregolare, pieno nella sua metà anteriore, cavo nella metà posteriore, e sfornito di parete in quasi tutta la lunghezza della sua faccia inferiore. Questo pezzo è semplicemente un mezzo di sostegno del naso artificiale che viene inserito in avanti.

A tal uopo, la porzione piena è attraversata in tutta la sua lunghezza da un forame rettangolare che dà passaggio ad una molla metallica, la quale fissa e mantiene in sito il naso artificiale. Questo, di caoutchouc, come gli altri pezzi, porta nella sua faccia interna una verghetta di metallo terminante a molla, la quale, introdotta nel forame del pezzo precedente, e ripiegata, riesce a fissare validamente il naso sulle parti adiacenti, sì da permettere qualsiasi specie di movimenti della faccia e della testa, senza minimamente spostare il pezzo artificiale, o molestare l'inferma.

Con ciò, la riparazione delle parti distrutte è completata e l'inferma ora può parlare, masticare e deglutire senza eccitare nè ribrezzo, nè nausea, e può guardare in viso a tutti, senza provocare o risentire alcun senso di ripugnanza.

A. **Rosenthal** (Livorno):

La trinitrina (*nitroglicerina*) $C^6H^5O^6(AzO^4)3$ *associata alla cocaina, come mezzo di anestesia.*

Il signor Gauthier, avendo parlato del valore compensatore della trinitrina, per controbilanciare l'effetto della cocaina, m'indussi a fare delle esperienze che non mi risulterebbero tanto favorevoli, per le ragioni che enumererò in poche parole.

Sebbene voi tutti conosciate l'azione della cocaina, che si risolve in due modi differenti, indipendenti l'uno dall'altro, mi permetto di ripeterli, onde render più chiara la dimostrazione delle mie esperienze.

1. L'anestesia è dovuta all'azione sulle estremità dei nervi di senso.

2. È l'azione speciale della cocaina, come vaso-constrittivo energico, che produce tutti i gravi disturbi di cui mi voglio occupare, essendo questo il punto principale.

La ischemia del cuore, del cervello e dei polmoni, nonchè di altri organi, essendo dovuta all'effetto della cocaina come vaso-constrittivo energico, la trinitrina, come vaso dilatatore, agisce in senso inverso, o per meglio dire per compensazione.

Le mie esperienze fatte sopra diversi animali, dimostrano che i due medicamenti qualche volta non agiscono contemporaneamente, a motivo che, o l'uno o l'altro, è eliminato più presto dall'economia animale.

Siccome la trinitrina è altrettanto pericolosa quanto la cocaina, molte volte mi è accaduto di constatare che l'animale moriva per effetto della trinitrina; e dico francamente, che questa è stata più spesso della cocaina la causa della morte dell'animale, ed è perciò che mi sono deciso di dare la trinitrina dopo la manifestazione di intossicazione, prodotta dalla cocaina; ed in tal caso soltanto la posso raccomandare, perchè non è che in questo momento che la trinitrina ha un'azione compensatrice.

Il fenato di cocaina preconizzato nell'anno 1890 da un medico bavarese, era già stato da me sperimentato nell'anno 1887 dietro le esperienze fatte dal signor Girolamo Bargagli, di Siena, nell'anno 1886, e dal medesimo rese di pubblica ragione. I risultati da esso ottenuti sono perfetti finchè non si oltrepassano i due milligrammi. A tre, avvengono dei disturbi non troppo gravi.

Il fenato di cocaina è meno tossico degli altri suoi preparati, e sono dovuti alla sua quasi insolubilità negli umori animali, gli ottimi risultati da me ottenuti sopra più di duecento operazioni.

Il cloridrato di cocaina affatto neutro mi ha dato altrettanto buon risultato; per conseguenza non trascuriamo di assicurarci, prima di servircene, che la cocaina non sia acida, nel qual caso si deve ridurla immediatamente alcalina. — Non mi sono mai servito di una dose maggiore di due mg. e dopo, interrogate le persone operate mi sono convinto, che quelle che mi dicevano di aver sentito estrarre il dente, confondevano l'azione meccanica con quella dolorosa. — Infine dando a quelle persone tutte le spiegazioni volute, esse stesse confessavano di aver sentito solamente il rumore dello istrumento ed il distacco del dente.

Per conto mio credo che se avessero sentito con due mg., con tre avrebbero sentito egualmente, e siccome dai pazienti non si può dedurre niente di preciso, non ci può neppure servire come base di calcolo, circa le dosi di cocaina da impiegarsi.

Del resto val meglio che la persona abbia a sentire qualche minima cosa: a noi interessa che il dente sia estratto senza conseguenze dannose.

Un processo da me impiegato per la estrazione di diverse radici, per le quali occorre maggior tempo che per un dente solo, è quello del signor Corning, di Nuova York, e consiste nella iniezione di cocaina e burro di cacao.

Ecco il procedimento:

Dopo avere iniettato un due a due e mezzo mg. di cocaina, lascio l'ago al posto, e seguito con altra piccola siringa a iniettare del burro di cacao, fuso a caldo, nella quantità di una siringa di Pravaz; e agendo immediatamente dopo colla polverizzazione di etere, sopra la parte, in modo da indurire il burro di cacao iniettato nel tessuto, potei, nel tempo che continuava la polverizzazione di etere, mantenere l'anestesia per venticinque minuti, tempo molto maggiore di quello che faceva bisogno per estrarre le radici senza alcun dolore.

Potei anche verificare che il precitato Autore aveva ragione di dire che il burro di cacao indurito per mezzo della polverizzazione dell'etere, mantiene l'azione analgesica della cocaina, perchè in questo modo il burro di cacao iniettato nel tessuto, e indurito, chiude i capillari, impedendo così l'assorbimento della cocaina. Dopo, cessando gradatamente la polverizzazione dell'etere, la cocaina si discioglie senza lasciar traccie, senonchè la tumefazione consecutiva all'operazione è più forte che con gli altri mezzi impiegati.

Mi sarei limitato a parlarvi delle osservazioni cliniche sul metodo da me ora descritto, ma sono costretto a dirvi qualcosa di un altro metodo, che ha il suo lato buono, malgrado che talune autorità lo abbiano bandito dalla pratica, imperocchè è mio convincimento che non si deve mai condannare un sistema quando una piccola modificazione può renderlo utilissimo. Parlo della elettricità.

Prendendo una soluzione di cocaina nell'acqua (che è conduttrice di elettricità) avente il polo positivo coperto da un pezzettino di flanella, stata inzuppata espressamente nella soluzione, e mettendo il polo negativo nella mano opposta alla parte operata, si produce la anestesia, la quale può essere mantenuta per vario tempo. S'intende che io parlo di una corrente continua, e non appena verifico qualche piccolo indizio d'intossicazione cambio la corrente continua in corrente interrotta. Questo metodo mi ha permesso di fare delle operazioni con buonissimo successo.

Il resoconto che ho voluto fare delle mie esperienze fu allo scopo di evitare che altri Colleghi perdano il loro tempo a fare le stesse indagini, mentre potranno impiegarlo nello studio di altri problemi di cui ve n'è ancora buon numero da risolvere.

Le operazioni fatte da me sono circa 500, eseguite nella R. Accademia navale di Livorno ed a privati, alla presenza di medici che si interessarono a tali lavori.

I congressisti si adunarono alle ore 13 e minuti 30 nell'anfiteatro dell'Ospedale di S. Giacomo, ove il professore dottor Miller parlò della « Bacteriopatologia della polpa dentale con dimostrazioni a luce proiettata » (Bacteriopathologie der Zahnpulpa mit Demonstrationen).

Disse che nei casi dove vi è la polpa malata (infiammazione, suppurazione, cancrena) trattasi di un'infezione mista. I batterii che vi si trovano sono: micrococci, bacilli, vibrioni, spirilli, spiroceti, filamenti, cioè quasi tutte le forme conosciute di batterii. I micrococci specifici della suppurazione, lo streptococcus pyogenes e lo staphylococcus pyogenes si trovano raramente; viceversa si trova costantemente un gruppo di cocci molto

affini con segni caratteristici, i quali si ottengono facilmente nella cultura pura; essi producono: infiammazione e suppurazione se innestati ad animali. Le culture miste agiscono in grado maggiore delle culture pure, o emulsioni di polpa malata, producendo suppurazione. — I cocci della polpa che producono suppurazione, producono anche dei processi intensi di putrefazione. Certi mezzi hanno la capacità di rendere innocue le polpe putride, risp. di indebolire la loro virulenza.

Presentò poi alcuni preparati dei tessuti dentali cariati ed altri di istogenia dentale.

Quinta Seduta.

3 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Dott. A. Coulliaux (Milano).

R. Papa (Napoli):

Varii casi di ripiantamento dei denti incisivi e canini.

L'istoria del ripiantamento dei denti rimonta a più di due secoli.

Questa operazione ebbe origine dagli errori commessi estraendosi denti sani in luogo dei cariati e rimessi nel proprio alveolo si ebbe ad osservare che il consolidamento non tardò a verificarsi.

Il Petrunti, eminente chirurgo napoletano, in un trattato di chirurgia dentaria, pubblicato nel 1826, consacra un capitolo a questa operazione.

Nel Coleman, « Trattato di chirurgia e patologia dentaria », traduzione del Darin, si legge che Dupont nel 1633 estraeva e ripiantava dei denti con esito felicissimo benchè cagionassero dei dolori violentissimi.

Il Pomaret dice lo stesso, ed il Fauchard si meravigliava come si potesse dubitare di tali risultati, citando varii casi eseguiti in persone della sua clientela. Lo stesso Fauchard dice che ulteriormente fu obbligato ad otturare, perchè cariati, due di quei denti ripiantati per conservarli.

Nel secolo scorso il ripiantamento fu anche praticato in Germania, specialmente per quei denti che erano cariati in punti da non poterli curare convenientemente; si estraevano, e dopo di averli otturati, si ripiantavano con esito favorevole.

Ora, grazie ai mezzi che la odontoiatria possiede, certamente non si ricorre a questo metodo per curare ed otturare i denti.

In Francia, il Lecluse ed il Boardet furono in mezzo al secolo ultimo i fautori del ripiantamento, e lo stesso Boardet si accingeva ad estirpare delle radici di denti e, dopo di avervi aggiustato una corona artificiale, ne faceva il reintegramento nel proprio alveolo da restare consolidati per parecchi anni.

Huter, verso l'istessa epoca, s'interessò anch'egli del ripiantamento. Egli eseguiva questa operazione anche dopo di aver praticata la resezione della parte necrosata della radice del dente, e qualche volta vi riusciva.

Da Huter fino ai nostri giorni, questa operazione è stata sempre praticata nella maggior parte dei casi con esito felicissimo.

Nella seconda metà del nostro secolo il ripiantamento fu praticato anche per la periostite alveolo-dentaria cronica; affezione ribelle a tutte le cure, da giungere alla perdita dei denti affetti; dopo di aver ben tolto la parte ammalata del periostio radicale e di aver bene otturata la cavità della polpa, disinfettata la cavità alveolare, rimesso il dente al posto, si ottenne il completo consolidamento.

Nella mia pratica, ho avuto campo di esperimentare questa operazione in varii casi di lesioni violenti, ed in seguito a periostite alveolo-dentaria cronica.

Io ritengo che i risultati favorevoli ottenuti dal ripiantamento eseguito dai nostri maggiori fino ai nostri tempi, dovrebbe incoraggiare tutti i cultori dell'odontoiatria a nulla trascurare, nei casi di periostite alveolo-dentaria (periodontite cronica) e nei casi di caduta di denti in seguito a lesioni violenti, per la conservazione di quegli organi tanto necessarii all'estetica, specialmente nel sesso femminile.

Dott. A. **Coulliaux** (Milano):

Nomenclatura dentale.

E questo un argomento d'attualità assai discusso da oltre un decennio, combattuto da alcuni, sostenuto da altri. Già parecchie notabilità della moderna scienza odontologica, quali Zsigmondy, Hesse, Parreidt, Witzel, Cunningham e Haderup, hanno replicatamente riferito su varii sistemi di nomenclatura, allo scopo di semplificare le denominazioni dei varii denti ed il modo di indicarli.

I grandi progressi fatti nel campo dell'odontoiatria, la moltiplicata corrispondenza fra i suoi cultori d'ogni paese e, aggiungasi pure la necessità di guadagnar tempo (*Times is money*), furono i moventi che indussero quei nostri maestri a tentare una tale innovazione, la quale induce me pure a seguire il loro esempio.

Le denominazioni ancora predominanti di incisivi, canini, bicuspidati o premolari e molari vennero applicate dietro le funzioni di varii denti, e per taluni la denominazione ebbe luogo per la loro forma od analogia con denti di animali; invero gli incisivi furono così chiamati perchè incidono, o meglio tagliano; i molari perchè macinano gli alimenti, i canini per la loro analogia coi denti del cane; furono altresì detti denti occhiali per la loro lunga radice in corrispondenza dell'orbita; i bicuspidati ebbero nome dalla forma della corona che presenta due cuspidi o punte.

Per arrivare a creare una nomenclatura odontologica abbreviata che potesse servire per tutte le nazioni, fu comune il pensiero di abbandonare la suesposta denominazione e adottarne altra basata su iniziali o sopra cifre. Il dottore Zsigmondy di Vienna, al quale credo poter attribuire il primato di questo tentativo, numerò i denti da uno a otto partendo dalla linea mediana verso destra e verso sinistra, tanto superiormente che inferiormente; uno è l'incisivo mediano, due l'incisivo laterale, e così fino all'otto,

che è il dente della sapienza, il lato e la mascella li indicò con un angolo retto messo dopo il numero e in posizione diversa a seconda del caso, e così per indicare i denti superiori di destra, per esempio il canino

scrive così: 3 ┘

per il canino superiore di sinistra . . . . . . » 3 └

» inferiore destro . . . . » 3 ┐

» » sinistro . . . . » 3 ┌

Non si tardò molto a modificare tale sistema riunendo questi quattro angoli per formarne una ┼ negli angoli della quale si pongono i numeri dei denti che si vogliono designare, e così, per esempio, per indicare ancora il canino $\frac{3\,|\,3}{3\,|\,3}$ questa formola equivale alle quattro precedenti riunite insieme: ma questi segni non si possono nè leggere direttamente, nè dettare, ed ecco perchè questo sistema non essendo pratico per la letteratura non ha mai potuto farsi strada.

Il Parreidt di Lipsia nelle sue *Zahnärztliche Mittheilungen aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Leipzig, 1882*, abbandona i numeri e si vale delle iniziali latine di ciascun dente, ponendovi a lato un esponente per precisare il dente che vuol nominare: eccone la formola:

$$\frac{m^3m^2m^1p^2p^1ci^2i^1}{m^3m^2m^1p^2p^1ci^2i^1}\left|\frac{i^1i^2cp^1p^2m^1m^2m^3}{i^1i^2cp^1p^2m^1m^2m^3}\right.$$

$$\frac{M^2M^1CI^2I^1}{M^2MCI^2I^1}\left|\frac{I^1I^2CM^1M^2}{I^1I^2CM^1M^2}\right.$$

Come vedesi, egli adopera le lettere minuscole per indicare i denti permanenti, mentre si vale delle lettere maiuscole per i denti decidui. Se non che, questo sistema, se corrisponde stenograficamente, non vale nel senso stenofonico. E invero come qualificare per abbreviazione le parole *superiore*, *sinistro*, *sapienza*, che tutte cominciano per una *s*, senza generare confusioni?

Nell'istituto odontologico di Lipsia, diretto dall'illustre professore Hesse, la denominazione di destra e sinistra vien data da numeri; la destra si scrive coi numeri arabici, la sinistra coi numeri romani; e così si scrive 6 e si pronuncia « sei » per denotare il primo molare superiore di destra, mentre si scrive VI e si pronuncia « sesto » per denotare il primo molare superiore sinistro.

Pei denti inferiori vale lo stesso sistema premettendo il segno — (meno), e così — 6 « meno sei » indica il primo molare inferiore destro; con questo sistema diventano inutili e quindi si eliminano le croci, gli angoli, le linee, i punti ecc.: il grande vantaggio di questo metodo non consiste solo nello scrivere stenograficamente, ma eziandio nel pronunciare stenograficamente. Se non che, a parer mio, il metodo Hesse quando trattasi di designare dei denti decidui presenta della confusione, a meno che, dopo pronunciato il numero, non vi si aggiunga la parola « lacteus » o « deciduo; » ma allora è tolto lo scopo della brevità della dicitura.

Il sistema di Haderup, che ora indicherò, presenta la massima chiarezza e brevità. Egli conservò, secondo il sistema Zsigmondy, i numeri per indicare i denti, e cioè: le cifre arabiche per denotare i denti permanenti, le cifre romane per denotare i denti decidui; si valse dei segni + e —

per denotare col primo i denti del mascellare superiore, col secondo quelli della mandibola; egli immagina una linea verticale che figuri la linea mediana della bocca, ed una orizzontale che separi l'arcata dentale superiore dall'inferiore. M'è d'uopo far osservare che Haderup, al pari di molti altri, incomincia ad esaminare la bocca dal lato destro per terminare con l'estremo dente di sinistra; ed appunto su questo suo metodo di esaminare la bocca del paziente ha basato il suo sistema di nomenclatura. Principiando dunque dall'ultimo dente di destra, ossia dal dente della sapienza superiore destro, scrive e pronuncia 8 +; passando al secondo molare superiore destro scrive e pronuncia 7 +, e così via di seguito sino all'incisivo centrale superiore destro che scrive e pronuncia 1 +; a tal punto passando a sinistra scrive e pronuncia + 1 + 2 e via via sino al + 8. Per denotare i denti inferiori segue la stessa dicitura, cambiando solamente il segno + col segno —. Eccone la formola:

Denti permanenti — *Mascella superiore:*

8+7+6+5+4+3+2+1+ +1+2+3+3+4+5+6+7+8

Mascella inferiore:

8—7—6—5—4—3—2—1— —1—2—3—4—5—6—7—8

Pei denti decidui egli adopera i numeri romani.

Denti decidui — *Mascella superiore:*

V+IV+III+II+I+ +I+II+III+IV+V

Mascella inferiore:

V—IV—III—II—I —I—II—III—IV—V

Queste formule, che esprimono il concetto molto chiaramente e con la massima brevità possibile, io le ho adottate già da quattro anni nella registrazione delle persone che si presentano all'ambulatorio del Pio Istituto di S. Corona all'Ospedale Maggiore di Milano; alcuni giovani miei assistenti hanno seguito questo metodo in altri ambulatorii di quella città e persino per la loro registrazione privata.

Io ho semplificato ancora di più quella scritturazione sopprimendo i segni + e — a lato di ciascun numero, limitandomi a metterne uno solo in prossimità della linea mediana che segno con un . E così, per esempio, volendo indicare due denti dello stesso lato e della stessa mascella separo semplicemente con una virgola i diversi denti.

Esempio: 6, 4, 1 +. — 3, 8 significa incisivo centrale, primo bicuspide e primo molare superiori di destra, canino e dente della sapienza inferiori di sinistra.

Nel Congresso odontologico di Chicago, Sezione per l'istruzione, legislazione e letteratura odontistica, il dottore Black, di Jacksonville, lesse il resoconto del Comitato sulla nomenclatura odontistica. Quel Comitato espresse la convinzione che passeranno ancora molti anni prima di poter stabilire un sistema generale di nomenclatura, a motivo che i progressi scientifici dell'odontoiatria sono stati assai rilevanti in questi ultimi anni, ed anche perchè si tratta di riprodurre correttamente con una sola parola gli stessi concetti e le stesse denominazioni in parecchie lingue; pertanto si volle raccomandare di conservare la radicale latina o greca e di aggiungere corrispondentemente le sillabe finali nella lingua relativa.

Il dottore Garrett di Wewkirk, Chicago, parlò sulla « nomenclatura delle forme dell'arcata dentale e delle posizioni speciali dei denti. » L'oratore ritenne improprie le denominazioni usate generalmente sin qui di arcata dentale a V, a sella, ecc.; vorrebbe sostituirvi quelle di « med-oval » o « ap-ovid » derivate da ovum. La sporgenza dei denti in avanti, all'indietro ecc. vorrebbe indicarla con le denominazioni « protrusal, intrusal, extrusal, subtrusal ». Ma è ben naturale che un cambiamento così radicale trovasse una forte critica nella discussione che ne fecero i colleghi i quali da ultimo dissero che lo stabilire una nomenclatura odontologica in un Congresso non è possibile, ma lo è solo con l'introdurre le denominazioni a poco a poco, suggerite dalla sapienza coscienziosa delle autorità scientifiche e dei linguisti.

Pertanto mi permetto di osservare come da parecchio tempo furono accettate le denominazioni di « superficie labbiale, linguale, mesiale, distale » in surrogazione di quelle or ora andate in disuso di « esterna, interna, interstiziale anteriore, interstiziale posteriore, » ed ancor più se parliamo della superficie triturante dei denti, la quale si esprimeva con le parole *superiore* o *inferiore*, a seconda che i denti appartenevano all'una o all'altra mascella.

Un cambiamento di nomenclatura è un bisogno sentito da una gran parte di noi. Pur convenendo coi colleghi d'oltremare, essere cosa difficile fare in un Congresso uno studio così lungo e profondo, troverei modo di appianare le difficoltà col proporre la nomina di una Commissione che abbia nel suo seno non meno di due dentisti per ogni nazione, i quali per corrispondenza si trasmettano i risultati dei loro studii, e d'accordo poi, in un prossimo congresso internazionale medico, facciano le loro proposte concrete. Aspettando i suggerimenti di singoli scienziati e linguisti, si andrebbe alle calende greche, senza veder coronato di un buon risultato gli studii di quelle autorità che prime ebbero il coraggio di affrontare, con le loro proposte di nuovi sistemi di nomenclatura dentale, le grandi difficoltà che si incontrano in tutto ciò che è nuovo.

Dott. **Marco Somigliana** (Como):

Sulla medicazione antisettica della bocca.

Fino dai primi momenti in cui ebbi l'idea di apportare all'arte dentistica quei miglioramenti che erano suggeriti dai rigorosi concetti della chirurgia moderna, ed in ispecial modo dagli ultimi progressi della chirurgia orale, fui subito preoccupato del quesito di poter stabilire per la bocca una tecnica di medicazione, che fosse, per esattezza e per efficacia, pari a quella attualmente usata per le altre parti del corpo; e ciò allo scopo di assicurarsi il decorso asettico delle soluzioni di continuo, che dai diversi atti operativi ne risultano.

In nessuna altra parte del corpo come nella bocca, abbiamo condizioni più favorevoli alla infezione delle ferite, e siccome qualunque operazione, anche la più modesta, non si può dire riuscita se non ha un decorso perfettamente asettico, così una medicazione adatta alle peculiari condizioni della parte è di capitale importanza.

Ma il continuo passaggio dell'aria atmosferica apporta nella bocca ogni sorta di germi patogeni; e questo passaggio non si può impedire in

alcun modo, neanche col bendare le labbra, perchè l'aria penetra dalla retrobocca nei movimenti della respirazione.

La presenza della saliva, la cui secrezione di solito aumenta nelle condizioni morbose che richiedono una medicazione, mantiene le ferite continuamente nel guazzo, mentre è noto che, meno si bagnano le ferite, e meglio si giova al loro processo di riparazione.

Aggiungiamo la temperatura costante del nostro corpo che nella bocca si mantiene meglio che altrove, e la mobilità che è richiesta dai bisogni della alimentazione e della favella, ed avremo tutte le condizioni più opportune per la infezione di una ferita.

Una sola ragione spiega quella in realtà limitata frequenza dei processi infettivi che si osservano in pratica; ed è la grande vascolarità della mucosa boccale, del periostio alveolodentale ed in generale di tutti i tessuti che concorrono alla formazione della cavità orale. Per cui, in seguito ad una ferita, per esempio ad una estrazione di dente, il sangue sgorgando in abbondanza, serve prima di naturale lavaggio, poi lascia aderente alla ferita un coagulo asettico, al cui distacco succedono rigogliose granulazioni connettivali che proteggono i tessuti sottostanti dalla penetrazione di microrganismi.

Per questa ragione hanno spesso decorso favorevole anche le operazioni eseguite dagli empirici, ed il pubblico adescato da tali risultati maestrevolmente magnificati, continua, e continuerà ancora chissà per quanti secoli ad aver in essi piena fiducia.

Ma chi invece intende di tenere una condotta scientificamente onesta, non può fare affidamento sulla labile difesa di un coagulo, specie se si tratta di gravi atti operativi, che richiedono di mettere allo scoperto vaste superficii sanguinanti, e miriadi di boccuccie di vasi linfatici pronte all'assorbimento.

Occorre che i mezzi di difesa contro la infezione siano pari al pericolo della medesima, in modo che il decorso asettico della ferita sia un fatto certo e sicuro prima di intraprendere la operazione stessa; e tale appunto è lo scopo della presente comunicazione.

I primi tentativi che feci a questo scopo furono irrigazioni, collutorii, polverizzazioni delle parti sanguinanti con soluzioni e polveri antisettiche; ma i risultati erano si può dire nulli, e le infezioni si manifestavano egualmente, se non in modo grave, almeno sotto la forma di linfangioite facciale, colla medesima frequenza come se non usassi alcuna precauzione.

Infatti si capisce come le soluzioni vengono diluite e rese inefficaci dalla saliva, le polveri eliminate dal passaggio degli alimenti e delle bevande, i collutorii ed ogni altra applicazione, poco efficace per la presenza di aria e di saliva che ne distruggono l'effetto.

Tali insuccessi mi impensierivano e mi contristavano assai, poichè anche la più piccola operazione può avere, ed ha infatti non di rado, come conseguenza la infezione settica della ferita, e quindi anzitutto linfangioite della faccia, poi trasporto del processo alle glandole, diffusione all'articolazione della mandibola, onde gonfiore enorme, trisma, stomatite ecc., quando non capita anche di peggio.

Di fronte a tali fatti, mi sembrava vero il pregiudizio comune di considerare l'estrazione dei denti, come operazione non degna di entrare nel nobile dominio dell'arte chirurgica, e mi sembrava giustificato il disprezzo che la generalità dei medici nutre per l'arte dentistica; mentre invece il

sintomo dolore reclama sempre in ogni caso un sollievo dalla persona dell'arte, ed è obbligo nostro di studiarlo e di soccorrerlo, senza distinzione alcuna da parte dell'organo che ne è la causa.

Allo scopo dunque di eliminare l'inconveniente della saliva, tentai di applicare una sonda ai condotti stenoniani, per mantenere la cavità asciutta, e poterla trattare col comune materiale da medicazione antisettica. Ma anche questo tentativo, oltre che di gravissimo incomodo agli ammalati, non era per efficacia migliore degli altri, perchè quantunque eliminata la sorgente principale della saliva, ne rimanevano pur sempre delle altre, che bastavano ad inzuppare in poche ore tutto il zaffo.

La mobilità della lingua poi, la quale non si può in alcun modo fissare, e che è stimolata dal bisogno continuo di deglutire per l'aridità delle fauci, continuamente smuoveva la medicazione, con pericolo anche di deglutirla avvelenando forse anche il paziente.

Mentre così inutilmente insisteva a volere applicare alla bocca la medicazione antisettica di comune uso chirurgico, mi occorse un caso clinico, che sebbene sia finito in un insuccesso, pure fu fecondo di utili ammaestramenti, e sopratutto mi rese convinto che il mio indirizzo era sbagliato e conveniva mutarlo se voleva ottenere l'intento.

Ecco il caso: Coccomelli Alessandro, d'anni 59, di Dosato, provincia di Mantova, usciere del Regio tribunale di Como, di costituzione generale robusta, nulla di notevole nel passato, cominciò circa otto mesi fa a soffrire per mal di denti, ingrossamento e dolori delle gengive e di tutta la bocca. Si diffuse poi il male alla regione sottomascellare, alla parte superiore del collo ed alla faccia, con difficoltà e poi impossibilità di aprire la bocca.

Si curò prima da sè con lavacri ed empiastri, non dando importanza al male; poi ricorse a diversi medici, i quali diagnosticarono un carcinoma del pavimento della bocca, inoperabile, e consigliarono cura sintomatica e fecero prognosi infausta.

Quando io lo esaminai, presentava enorme tumore della regione sottomascellare, di forma tondeggiante, edema delle guancie e del collo. La consistenza del tumore era quasi fibrosa in tutte le sue parti, meno in un punto posto appena sotto al mento, ove sembravami percepire un lontano senso di fluttuazione. Le arcate dentali non si potevano aprire più di un mezzo centimetro, i denti incisivi inferiori erano ciondolanti, la bocca fetentissima, febbre che di sera raggiungeva i 39.5.

Riservandomi sulla diagnosi, proposi la puntura esplorativa del punto meno duro, e l'apertura dell'ascesso nel caso che si trattasse di marcia; ciò che feci infatti il 5 ottobre 1892 dando esito ad una grande quantità di pus icoroso fetentissimo con grande sollievo del malato.

Esaminata in seguito la parte attraverso la ferita, avvertii che il mascellare inferiore era denudato dal periostio, scabroso, e che alcuni frammenti di esso, staccati, nuotavano nel liquido marcioso; le radici dei denti incisivi sporgevano dall'interno nella cavità dell'ascesso, e smovendole col dito, si comunicava il movimento alle rispettive corone, movimento che si avvertiva distintamente coll'altro dito introdotto nella bocca.

La diagnosi era chiara: osteite del mascellare inferiore, da probabile periostite alveolare degli incisivi inferiori. Proposi la cura radicale con la

resezione della parte ammalata dell'osso, come sola speranza di guarigione, non senza far presente la gravità dell'atto operativo, e le condizioni poco favorevoli del soggetto.

Infatti eseguii l'operazione il 6 ottobre, coll'aiuto del dottor M. Doglione, con metodo endoorale, resecando a sinistra la branca orizzontale appena al davanti della inserzione del massetere, e disarticolando la mascella a destra all'articolazione temporale. Irrigata abbondantemente la vasta ferita allo scopo di liberarla dai detriti, collocai un grosso drenaggio a Y nella parte più declive, con lo sbocco alla ferita sottomentoniera, e zaffato con garza antisettica, bendai in modo che la bocca rimanesse chiusa.

Il vantaggio dell'operazione fu immediato, cessò la febbre affatto,e quasi del tutto i dolori, onde il paziente avvertiva un certo senso di benessere. In terza giornata, ristrettasi alquanto la ferita, per l'abbondante fuoriuscita dei liquidi che la infiltravano, l'ammalato tentò e riuscì a deglutire da sè.

Ma il guaio era quello della medicazione, la quale per quanto di sovente rimutata, era sempre inzuppata, e non era possibile mantenere asciutta la ferita, la quale a un certo punto incominciò ad assumere un aspetto sfavorevole ed invece di avviarsi alla riparazione, divenuta pallida e cenerognola andava ricoprendosi di tessuto necrotico. La temperatura si elevò ed in fine il malato cadde in uno stato di prostrazione tale che non fu più possibile riaverlo, e morì coi sintomi dell'avvelenamento settico il 12 ottobre, sei giorni dopo la subìta operazione.

Fu allora che, convinto della impossibilità di medicare la bocca colla garza, e pensando al decorso, sempre favorevole delle ferite da amputazione della lingua coll'ansa galvanica, mi venne l'idea di adoperare la causticazione galvanica per proteggere dalla infezione tutte le ferite endoorali.

L'escara che lascia sui tessuti il platino convenientemente incendiato, è la migliore di tutte le medicazioni: prima, perchè, all'atto della applicazione l'altissima temperatura distrugge ogni germe morbigeno; poi, perchè l'escara che residua sul posto è una pellicola perfettamente asettica, aderentissima alla superficie del taglio, che si adatta ad ogni irregolarità, impermeabile ai liquidi ed all'aria, mantiene quindi il tessuto sottostante nelle migliori condizioni per una pronta e rapida riparazione.

Inoltre la galvanocaustica è un mezzo emostatico potente, utilissimo nelle operazioni endoorali, ove havvi abbondante il gemizio capillare, ed il sangue stagnante nelle irregolarità delle ferite è il terreno più favorevole per lo sviluppo della sepsi.

Convinto adunque della bontà del metodo, stetti in attesa di qualche importante caso operativo che ne dimostrasse la efficacia.

L'occasione non tardò. Ronchetti Giuditta, d'anni 29, sarta, di Como, cominciò da bambina a soffrire per carie, ed a poco a poco ne ebbe distrutte tutte le corone dei denti, residuandone le radici ammalate e causa di frequenti suppurazioni. Ricorsa al medico, non ne ebbe che dei collutorii; ricorsa al dentista ne ebbe una dentiera, che applicata su quelle misere gengive, ne peggiorarono assai le loro già tristi condizioni.

Quando io la esaminai presentava: le corone dei denti completamente distrutte, le radici invece più o meno conservate e nascoste sotto le abbondanti vegetazioni delle gingive circostanti, dalle quali gemeva alla più piccola pressione un liquido purulento. Numerose aposteme e fistole

di antica data, lingua impatinata, mucose arrossate e dolenti, inappetenza, difficoltà di digestione, senso di debolezza generale.

Riconosciuta necessaria l'estrazione di tutte quante quelle radici, e dovendo l'operazione essere lunga e dolorosa, proposi di farla in una sola seduta previa cloronarcosi, e per prevenire la infezione dell'ampia ferita che ne doveva risultare, feci affidamento sulla cauterizzazione galvanica.

Infatti, il 4 settembre 1893, nella sala d'operazione dell'ospedale di Como, coll'assistenza del dottor M. Masciadri e di suora E. Piacentini, cloroformizzata l'inferma, cominciai metodicamente la scopertura e la estrazione delle radici. Paziente e non privo di difficoltà fu il lavoro, e meglio servirono di guida le conoscenze anatomiche, che i sensi della vista e del tatto; e certamente non ne sarei venuto a termine, se avessi smarrito l'ordine propostomi, cioè di procedere sempre dal più difficile al più facile, cioè dalle radici più lontane alle più vicine, completando l'operazione sulla mascella inferiore, prima d'incominciare sulla superiore, acciò il sangue colante dalle ferite non nascondesse il campo operativo.

L'operazione si può quindi dire divisa in quattro parti uguali; cioè mandibola destra e sinistra, inferiore e superiore; e ciascuna di queste quattro parti era divisa in tre tempi, cioè scopertura della radice, estrazione ed emostasi col caustico.

È facile immaginarsi come orribile risultasse il guasto in quella bocca, dalla quale aveva estratte oltre a 30 radici di denti, aperti i seni fistolosi, e resecata in molti punti tutta l'apofisi alveolare. Eppure il decorso fu regolarissimo. La cauterizzazione era stata fatta con diligenza, in modo da non lasciare alcun punto sanguinante, e da avere un'escara solida, resistente e tenace, e nel giorno successivo, col cannello di nitrato d'argento, la completai in quei punti ove mi sembrava meno sicura.

Nessuna altra cura consecutiva fuor che la somministrazione di ghiaccio per calmare il dolore delle bruciature. L'operata non superò mai i 37°, non ebbe ombra di gonfiore alla faccia, si alzò dal letto ed incominciò a prendere cibi solidi al terzo giorno, al sesto ebbe principio il distacco dell'escara, ed al decimo, salvo l'ulteriore involuzione delle cicatrici era completamente guarita.

Un solo piccolo inconveniente, se pure può dirsi tale, si manifestò dopo circa venti giorni, cioè a ferite completamente chiuse. Qua e là dove le bruciature erano state più profonde, ed erano arrivate all'osso, delle piccole schegge carbonizzate apparvero al di sotto della mucosa, ed avvertite prima dall'operata, le sentii poi distintamente col dito strisciandovi sopra dolcemente. Le estrassi ad una ad una, mano mano si presentavano, con una pinzetta, e non fuvvi altro inconveniente.

Due mesi dopo, cioè in novembre, applicai alla Ronchetti una dentiera completa della quale ella si serve egregiamente.

Il risultato ottenuto in questo caso, che sarebbe andato molto diversamente senza l'aiuto del caustico, ha finito di convincermi della efficacia del metodo, e da allora uso sempre la causticazione ogni volta che sono obbligato ad aprire nella bocca una breccia sanguinante, fosse anche per la semplice estrazione di un dente; e da allora non ebbi più alcun caso di infezione delle ferite, e scomparvero affatto le complicazioni post-operative.

Soltanto per il fatto di non potere in ogni caso avere a disposizione una batteria termogalvanica, ho dovuto in seguito, per brevità, nelle operazioni di poca importanza, adoperare il Paquelin od i caustici chimici (cannello di nitrato d'argento, o soluzione concentrata di acido fenico). Ma il primo è pericoloso, poichè dovendo introdurlo acceso in bocca, è facile bruciare le labbra o la lingua che difficilmente si possono tenere fermi, specie se il paziente non è cloroformizzato e si spaventa alla vista del fuoco. I caustici chimici alla lor volta hanno l'inconveniente di espandersi facilmente, producendo inutili bruciature sui tessuti vicini.

La galvanocaustica, al contrario, non ha alcuno di questi inconvenienti, poichè noi possiamo introdurre lo strumento in bocca spento, ed accenderlo solo in quel punto e per quel tempo preciso che ci occorre.

E, se questo impareggiabile soccorso chirurgico, che ci dà in un sol tempo una perfetta disinfezione, emostasi e medicatura delle ferite, ha avuto fino ad ora limitate applicazioni, ciò si deve piuttosto alla difficoltà che si incontravano nel produrre la corrente necessaria.

Infatti finchè il pratico doveva ricorrere alle batterie di pile, vuoi ad uno, che a due liquidi, tutte di un peso e volume ragguardevole, di complicato allestimento e difficile trasporto, l'impresa della dieresi o del caustico galvanico era spesso ardua, e di frequente anche falliva nelle mani dell'operatore poco famigliare al metodo. Onde avveniva che si dava volentieri al metodo quella colpa che toccava invece al modo di adoperarlo.

Attualmente invece abbiamo la fortuna di possedere una eccellente e comodissima fonte di energia elettrica, che è destinata ad allargare nella pratica l'uso della galvano-caustica.

È l'accumulatore termo-galvanico immaginato dal professore Bottini di Pavia e costrutto dal signor Marelli elettro-tecnico di Milano[1]). Esso è studiato in modo da essere comodamente trasportabile, perchè contenuto in una scatoletta di legno che, quantunque più pesante, non è però più voluminosa di quella di un Paquelin; e racchiude tanta energia elettrica, da permettere di eseguire parecchie operazioni di seguito senza esaurirsi. Mantiene la carica per mesi e mesi senza alterarsi; ed ha anche reofori addizionali che permettono di servirsi dell'azione illuminante contemporaneamente alla termica[2]).

Onde, per tutti questi pregi, codesto accumulatore, se è destinato ad una larga applicazione nella chirurgia generale, io non esito a chiamarlo indispensabile per la chirurgia orale. Lo dimostra lo splendido risultato che ho esposto, e molti altri che potrei aggiungere, ma che preferisco riassumere così: « da che uso metodicamente la causticazione galvanica come mezzo emostatico ed antisettico della bocca, non ho più avuto un solo caso d'infezione ».

Florestan Aguillar (Cadiz):

Un nuovo parassita nel cavo orale.

Non pretendiamo il titolo di scopritori di questo protozoo parassita della cavità boccale: probabilmente descritto anche da altri, le nostre parole serviranno almeno a diffonderne la conoscenza.

[1]) Stabilimento italiano di apparecchi di elettro-medicina, via Quadronno, n. 11, Milano.
[2]) Vedi la descrizione dell'inventore, giornale " La Clinica Chirurgica " anno 1°, numero 5.

Pur confessando ingenuamente la nostra imperizia in parassitologia animale, dobbiam dire che dopo aver visto una prima volta quel che chiamiamo *amoeba buccalis* nella bocca dell'uomo sano, abbiamo consultato un numero rilevante di opere senza trovarvi nulla che direttamente si riferisca al microrganismo in quistione.

Non crediamo che il Nothnagel l'abbia studiato in tempo già lontano, sebbene dobbiamo riconoscere che questo insigne osservatore fu dei primi a descrivere i protozoi parassiti delle intestina, i quali hanno forse relazione coi protozoi della cavità boccale.

Quest'organismo monocellulare è talmente simile a un leucocito che, senza una lunga osservazione, potrebbe esser confuso con quelli, che nella bocca sono così abbondanti. La forma dell'amoeba in istato di riposo è rotondeggiante; le sue dimensioni sono molto varie, essendovi grandi differenze secondo i diversi stadii di sviluppo, da 5 millesimi di millimetro, che è il diametro dei più piccoli, fino ai 10 o 15 millesimi di millimetro i più sviluppati. Il protoplasma è conformato diversamente, secondo che studiamo il parassita nello stato di attività o di riposo. — In quest'ultimo stato si distingue per la sua forma rotondeggiante, sebbene non esattamente sferica.

Prof. **P. M. Giuria** (Genova):

Anomalie di posizione.

Le divide in tre gruppi:

1° Il dente è nell'arcata dentale, ruotato sul proprio asse:

- frequenza . . . . . .
  - incis. sup. medii.
  - id. id. laterali.
  - bicusp. sup. e inf.
  - incisivi inferiori.
- cause: mancanza di spazio
  - assoluta
    - dimensioni dei denti.
    - id. dei mascellari.
  - relativa o temporanea.

2° Il dente è fuori dell'arcata dentale.

3° Eterotopia di Magitôt
- trasposizione semplice: primi bicuspidati inferiori, canini, incisivi laterali.
- eterotopia per spostamento fuori dell'arcata: palato duro, seno mascellare, denti in cisti dentali.
- eterotopia per genesi (cioè fuori delle regioni mascellari), dermocisti dell'avorio.

Aumento e diminuzione nel numero dei denti:

denti soprannumerarii.
- 1° conici: incis. sup. laterali, molari superiori;
- 2° denti gibbosi con invaginamento imbutiforme della superficie;
- 3° supplementari, sempre in diretta vicinanza dei normali omologhi ed assai frequentemente confusi coi normali.

Presenta alcuni denti gibbosi, ritenuti tali anche dal dottore A. Coulliaux, dal professore Miller e dal dottore Weil.

Doct. **O. Amoedo** (Paris):

Implantations des dents décalcifiées.

Les implantations dentaires ont été introduites en chirurgie dentaire en 1886, par le docteur Younger de San Francisco (E. U. A.).

Cette opération consiste à faire une alvéole artificielle dans le bord alvéolaire du maxillaire et à y fixer une dent.

Technique: I. Antisepsie de la bouche au bichlorure à $^1/_{1000}$; II. Anesthésie locale de la gencive et de l'os par des injections du phényl-cocaïne (Poinsot); III. Incision profonde de la gencive en volet, et rabattement des deux lambeaux avec des rugines entraînant le périoste; IV. Trépanation de l'os avec des trépans montés sur le tour dentaire; V. Implantation de la dent; VI. Immobilisation de la dent implantée par des ligatures, ou par un appareil spécial.

Dans le nouveau rapport entre la racine et l'os, le rôle du périoste alvéolo-dentaire est absolument nul.

La racine tient dans l'os par un processus chimico-vital. Ce processus s'opère de la façon suivante: tout d'abord, la présence du corps étranger irrite l'os et donne lieu à la production de cellules géantes à réaction acide. Ces cellules décalcifient et érodent la surface de la racine implantée. Plus tard, ces érosions sont remplies par des ostéoblastes provenant de l'os, lesquels une fois calcifiés, amènent la soudure de la racine et de l'os.

Convaincu de ce fait, je pensai à faciliter ces processus cliniques en décalcifiant le ciment de la dent avant de l'implanter. Les résultats cliniques ont confirmé complètement ce que j'avais prévu. En effet, les dents décalcifiées se consolident plus vite et plus uniformément que les dents fraîches munies de leur périoste alvéolo-dentaire. En outre, elles ont le grand avantage d'être libres du danger de contagion de la syphilis, de la tuberculose, etc., car on peut les rendre et les conserver aseptiques.

Dott. **A. Coulliaux** (Milano): Presenta i suoi due ulocistotomi colle ultime modificazioni apportatevi.

Il dottore **Aguillar** (Cadice) presenta una nuova siringa ipodermica.

Esaurite così le comunicazioni e le dimostrazioni pratiche, il presidente dottore **A. Coulliaux** chiude l'ultima seduta con parole di ringraziamento ai colleghi.

Il dottore **Weil** a sua volta pronuncia un breve discorso d'addio rivolgendo parole benevoli al presidente della Sezione.



OTOLOGIA.

INDICE

Prima seduta, 30 marzo 1894.

Seconda seduta, 31 marzo 1894.

Terza seduta, 2 aprile 1894.

Quarta seduta, 3 aprile 1894.

Quinta seduta, 4 aprile 1894.

Otologia

Prima Seduta.

30 Marzo 1894, ore 9.

Apre la seduta il presidente del Comitato Ordinatore Prof. E. De Rossi, il quale dà il benvenuto ai Colleghi con queste parole:

Carissimi Colleghi, quei legami che uniscono i cultori delle mediche discipline, si fanno più saldi e più stretti fra coloro che coltivano lo stesso campo, che hanno le identiche aspirazioni. Devo adunque considerarvi come fratelli di una stessa famiglia, che sebbene sparsi in tutto il mondo siete accorsi volenterosi in questi giorni solenni, per affermare il progresso di questa giovane scienza, della otologia, che già si è acquistata la più grande considerazione da parte dei dotti e dei pratici, e mira a più alte e grandiose conquiste, che l'umanità attende da Voi con fede sicura.

Nella terra di Eustachio, di Valsalva, di Corti, in nome dei colleghi italiani vi porto il saluto fraterno.

Si procede quindi alla nomina dell'Ufficio definitivo, che viene così costituito:

Presidente effettivo: Emilio De Rossi (Roma).

Presidenti onorarii: Colladon, Gellé, Moos, Politzer.

Segretario responsabile: G. Ferreri.

Segretarii: Dundas Grant, Ludwig, Garnault, Sartori.

Assume la presidenza il Prof. De Rossi (Roma).

Dr. **S. Moos** (Heidelberg):

Bemerkenswerther Fall von otitischer Lateral-Sinusthrombose. Tod durch Pyosepticaemie nach Trepanation des Warzenfortsatzes.

Patient, 54jähriger, Jurist, potator. Der Vater und 2 Geschwister starben an Tuberculose. Eintritt in die Behandlung am 26. September 1890. Er behauptet, soweit er sich erinnern kann, niemals ernstlich krank gewesen

zu sein (!), ausgenommen einen von frühester Kindheit datirenden linkseitigen Ohrenfluss, gegen welchen er niemals irgend welche ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat. Die Verschlimmerung des Ohrenleidens soll seit dem 17. September eingetreten sein. An diesem Tage machte er bei heissem Wetter einen Spaziergang im Walde, ohne Rock, in Hemdärmeln. Er will sich bei dieser Gelengenheit erkältet haben, fühlte sich darnach unbehaglich, angeblich ohne Frost oder Fieber. Seit 3 Tagen fühlte er zum ersten Male seit Bestehen des Ohrenleidens Schmerzen im und hinter dem linken Ohre, die auch heute noch bestehen, aber nicht bedeutend, nicht continuirlich, ohne Kopfschmerz, ohne Ohrensausen, ohne Schwindel oder Uebelkeit, bei etwas vermindertem Appetit, ohne Stuhlverstopfung.

Status präsens: Linker Warzenfortsatz diffus geröthet, sehr wenig aufgetrieben, bei Druck und Perkussion nur wenig schmerzhaft, in der Mitte der hintern Wand des knöchernen Gehörgangs kleine Granulationen, Trommelfell total defect, Labyrinthwand-Schleimhaut nach Entfernung des Eiterbelags durch Ausspritzen, wobei Abfluss per tubam erfolgt, verdickt und grauroth aussehend. Hörschärfe: Sprachverständniss auf $^1/_4$ Meter, aber auch, wenn beide Ohren verstopft sind, Uhr und Hörmesser in Luft- und Knochenleitung Null. Bei der Prüfung mit Stimmgabeln von 8 Octaven giebt Pat. an, links nur g^5 zu hören und in der Knochenleitung nur C (128 Schwingungen). Temperatur normal, Puls 108.

Am 27. September Morgens 9 Uhr: Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Derselbe zeigt sich durchweg sclerotisch. In diesem selbst keine Spur von Eiter. Erst im Antrum zeigten sich käsige Massen, die bei Durchspülung aus dem äusseren Gehörgang reichlich abfliessen. Die eingespritzte Flüssigkeit fliesst auch zum Theil per tubam ab. Jodoformgazeverband. 2 Nähte. Nachmittags $4^1/_2$ Uhr: Temperatur 38,5, fast ununterbrochener Schlaf seit der Operation. Abends 9 Uhr: Temperatur 38,0.

28./9. Morgens: 38,0, Puls 84 nach einer sehr gut verbrachten Nacht.

29./9. Morgens: 38,4, Puls 90. Verbandwechsel, Entfernung der Nähte. Durchspülungsflüssigkeit führt nur wenig eingedickte Massen ab. Abends $^1/_2$7 und $^1/_2$9 Uhr je 37,9.

In der Nacht vom 29. auf den 30 Sept. grosse Schmerzen in der linken Tragusgegend. Den 30./9. in der Frühe 37,5. Grosser Tragusabscess, der sich spontan geöffnet. Nun ganz schmerzfrei. Euphorie. Nachmittags $4^1/_2$ Uhr Temperatur 37,1, Abends $^1/_2$9 Uhr 36,5.

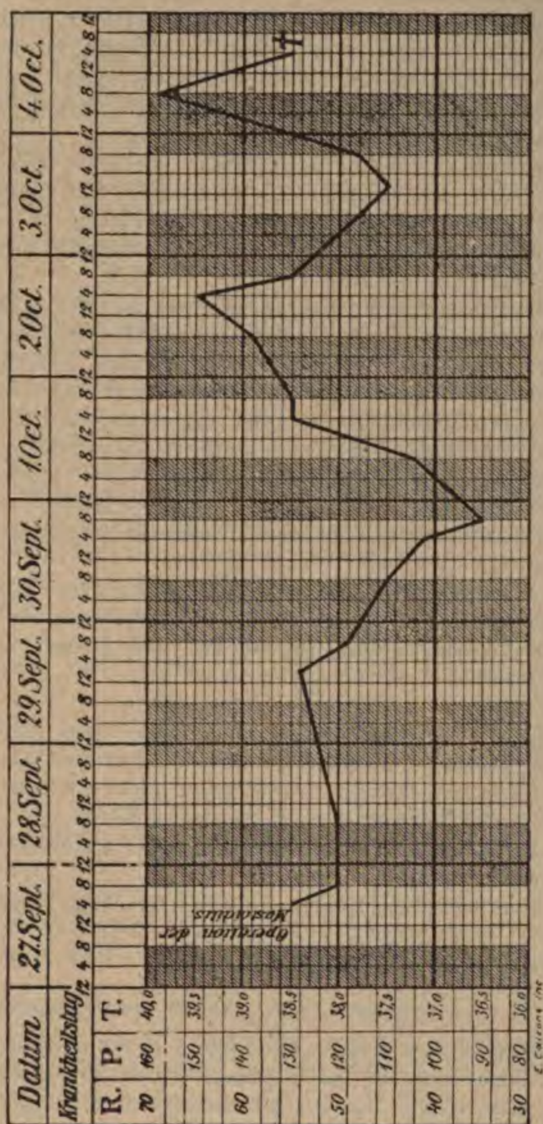
Den 1. October früh 8 Uhr Temperatur 37,2, Puls 90. Erbrechen des Frühstücks. Starke Eiterung des Tragusabscesses. Ausspülung nach Verbandwechsel, grossentheils Abfluss per tubam. Die Wundränder klaffen wieder, auch an den genähten Stellen. Jodoformgazeverband. Nachmittags 3 und Abends $^1/_2$7 Uhr Temperatur 38,5, Puls 100, viel Durst. Sehr ruhiger guter Schlaf in der Nacht vom 1./2. October, trotzdem Morgens am 2./10. grosse Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Temp. 38,8, Puls 120. Wunde matsch, sphacelös. Jodoformverband. Bis Abends 5 Uhr Status idem. Temperatur 39,5; Puls 104. Abends $^1/_2$9 Uhr Temp. 38,5. In der Nacht vom 2./3. Oct. abermals ruhiger guter Schlaf.

3./10. Morgens 8 Uhr: Temp. 37,8, Puls 108. Wunde und Verband wie jüngst. Um $^1/_2$10 Uhr Temp. 38,8. Starker Zungenbelag, völlige Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung (wiederholtes Bitterwasser ohne Wirkung),

Temperaturcurve I.

Name: B. 54jähriger Mann.

Diagnose: Links. Mastoiditis. Thrombophlebitis. Pyosepticämie.



reichliches Albumen im Harn (bis zum Tod). Grosse Perstration. Champagner. 6 Uhr Abends Temp. 37,8, Puls 120. Respiration 54. Ueber die ganze Lunge, besonders an den obern Zweidritteln, zahlreiche fein- und grossblasige Rasselgeräusche, im Ganzen mehr feinblasige bei tympanitischem Schall im Bereich der obern Zweidrittel, im untern Drittel ist der Schall leer. Nach Klystir reichlicher Stuhlgang. Ipecacuanha-Infus. — Den 4. Oct. früh 8 Uhr, nach einer ziemlich ruhigen Nacht, Temp. 39,9, Puls 144, Resp. 48. Lungenbefund wie gestern. Somnolenz. Kaum anzurufen. Sonst Stat. idem. Nachmittags 4 Uhr: 38,5. Völlig bewusstlos, sinnlose Worte stammelnd. Champagner ist das Einzige, was genommen wird. Von 4 Uhr an schwoll der Leib immer mehr auf. Tod $^1/_2$10 Uhr Abends. Bald nachher zahlreiche an den Händen auftretende Petechien.

Section: Prof. Ernest:

Thrombusmassen im Sin. transversus und Sin. semicircularis bis zum Foramen jugulare; Sin. petros. inferior mit beginnender Erweichung der Thromben. Schmutziges, bräunlich-schmieriges Aussehen der Thromben. Pachymeningit. haemorrhagica fibrinosa (dünne, missfarbige Fibrinüberzüge) in der hinteren Schädelgrube (der hinteren Wand des Felsenbeines aufliegend). Der Sinus petrosus superior ist eine kleine Strecke vor seiner Mündung in den transversus unwegsam, durch Thromben verlegt, dann springt er plötzlich prall gefüllt vor und verläuft so über dem Felsenbein. Das Blut darin kann nicht nach der Seite des Sin. transv. hin ausgestrichen werden.

Alte Trübungen und Verdickungen der Pia mater der Convexität (zu dem reichliche pacchionische Granulationen). Anämie des Gehirns. Multiple Verwachsungen zwischen Dura mater und Schädeldach einerseits, Dura und Pia andererseits.

Atherom der Aorta und Coronararterien.

Alte pleurit. Verwachsungen beiderseits, links ausgedehnter und fester (mit Obliteration der ganzen Pleurahöhle). Multiple abscedirende runde und keilförmige pneumonische Herde, links mehr an der Peripherie gelegen, rechts in ziemlicher Anzahl auch im Innern der Lunge.

Granularatrophie (chron.-interst. Hepatit.) der Leber.

Parenchymatöse Nephritis.

(Organe in hochgradiger Fäulniss mit Entwicklung von Gasblasen). Magen sehr ausgedehnt.

Fettleibigkeit. Milztumor.

Untersuchungsergebniss des Felsenbeins.

Uhngefähr in der Mitte der hintern Wand des knöchernen Gehörgangs mehrere kleine einer circumscript-cariösen Stelle aufsitzende Granulationen. Antrum ohne käsige Massen, Auskleidung dick, bläulich-roth (Leichenphänomen?). Schleimhaut der Labyrinthwand ähnlich beschaffen. Trommelfell und die beiden ersten Gehörknöchelchen fehlen. Ostium tympanicum tubae sehr weit. Nirgends Befunde einer die Sinusthrombose vermittelnden Caries. Das Labyrinth wurde nicht untersucht.

Der mitgetheilte Fall ist in vielfacher Hinsicht bemerkenswerth:

1. Durch das schnelle Auftreten des Fiebers — 8 Stunden — nach der Aufmeisslung der Warzenfortsatzes, während dasselbe vorher fehlte.

2. Durch den eigenartigen Verlauf des Fiebers, fast vollständig abweichend von dem Fieberverlauf bei der durch Sinusthrombose bedingten Infection. Niemals war Frost oder gar Schüttelfrost vorhanden, und das Maximum der Tagesschwankung betrug nur 2° C. (am vorletzten Krankheitstage), ja sogar nur $1^1/_2$ Grad am Todestag.

3. Durch den Gegensatz zwischen dem verhältnissmässig geringen Fieber und der grossen Ausdehnung der secundären Affectionen in der Lunge und den Nieren.

4. Durch den Mangel einer vermittelnden Caries zwischen der localen und intracraniellen Affection.

5. Durch den rapiden tödtlichen Verlauf.

6. Durch das Auftreten eines offenbar metastatischen Tragusabscesses.

Bei der Stellung der Diagnose wurde das intracranielle Leiden von mir verkannt. Ich hatte geglaubt, dass es sich um eine miliare Tuberculose handle, hauptsächlich dazu verleitet durch die tuberculose Belastung, die rapid aufgetretene ausgedehnte Lungenaffection, sowie die Albuminurie und den völligen Mangel an den klinischen Erscheinungen des pyämischen Fiebers.

Das schnelle Auftreten des Fiebers nach der Operation giebt im Hinblick auf die durch die Section constatirte Abwesenheit einer vermittelnden Caries zu bedenken, ob nicht die durch Osteosclerose erschwerte Aufmeisslung des Warzenfortsatzes die nächste Veranlassung zur Genese der verhängnissvollen Lateralsinusthrombose gewesen ist, dass also unter diesen Verhältnissen auch für diese Affection die Gefahr des operativen Eingriffs durch die Anwendung des Meissels unter gewissen Umständen erhöht wird in ähnlicher Weise, wie Sahli in seinem Aufsatz « über chirurgische Operationen vom Standpunkt der inneren Medicin » die Befürchtung für das Gehirn ausgesprochen hat.

Prädisponirend für die Genese der nach der Operation schnell aufgetretenen und rapid verlaufenen Pyosepticämie dürfte vielleicht auch der Alcoholismus gewesen sein.

Um in Zukunft in ähnlichen Fällen einen diagnostischen Irrthum zu vermeiden, dürfte sich die bacterielle Blutuntersuchung oder der Secrete, oder beider, empfehlen.

Auf das Vorkommen von Bacterien im Blute Pyämischer hat bereits Birch-Hirschfeld[1]) 1873 hingewiesen. Der sichere Nachweis von Eitercoccen bei solchen Kranken ist neuerdings von Garré[2]), von Eiselsberg[3]) und Koranyi-Ferray[4]) gelungen.

Ueber das Vorkommen von Coccen in den Ausscheidungen der von Pyämie Befallenen besitzen wir bekanntlich schon ziemlich zahlreiche Beobachtungen und Nachweise: im Urin[5]), im Schweisse[6]), im Conjunctival-

[1]) Medic. Centralbl. 1873, n. 39.
[2]) Fortschritte der Medicin 1888, S. 166.
[3]) Wien. med. Wochenschr. 1886, S. 135.
[4]) Wien. med. Presse 1890, n. 37.
[5]) Philippovicz, Wien. med. Blätter 1885 n. 21 u. 23. Trambusti e Maffucci, Rivista internaz. di medicina e chirurgia 1886, 9 u. 10. Tizzoni, Contributo alle vie d'eliminazione dall'organismo dello Stafilococco piogeno aureo. Rif. med. di Bologna 1891, Mai. (Vergl. Baumgarten's Bact. Jahresberichte).
[6]) Brunner, Berl. klin. Wochenschr. 1891, n. 21. — v. Eiselsberg, ebenda n. 23. — Tizzoni l. c.

secret[1]), in den Gelenkergüssen[2]) der Kranken, sowie in der Milch septisch erkrankter Wöchnerinnen.[3]).

Prof. **E. J. Moure** (Bordeaux):

Cas d'abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne suppurée.

Mon but n'est pas de rappeler ici combien sont relativement fréquentes les complications cérébrales consécutives aux suppurations de l'oreille; ce sont aujourd'hui des faits parfaitement connus et sur lesquels tout semble avoir été dit ou écrit. Si l'on envisage les faits classiques seulement, cette assertion est vraie, mais combien de fois le diagnostic est-il hésitant, combien de fois la main du chirurgien est-elle arrêtée, faute d'indication précise, non seulement sur le point où il faut ouvrir, mais sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale! C'est parce que chaque erreur ou chaque cas difficile porte avec lui son enseignement, que j'ai cru devoir vous rappeler le fait suivant, intéressant surtout par le peu de symptômes présentés par les malades et par la marche rapide du mal à une période où tout semblait aller pour le mieux.

Je fus appelé, au mois d'août dernier, dans un département des environs de la Gironde, auprès d'un malade âgé de 50 ans, qui depuis 40 jours était atteint d'un écoulement de l'oreille gauche. Son médecin traitant me raconta que deux mois auparavant, monsieur X... avait, à la suite d'un rhume, été pris de douleurs d'oreille très vives du côté gauche, douleurs qui avaient cessé environ huit jours après, lorsque la suppuration s'était établie. Cette détente avait persisté pendant peu de jours, puis les douleurs avaient reparu intenses, lancinantes, venant par accès et occupant tout le côté gauche, sans localisation spéciale. Ces phénomènes douloureux étaient d'une intensité telle que le malade pouvait à peine reposer. Croyant au retour d'anciennes névralgies qui auraient été réveillées par l'inflammation récente de la caisse, on administra de la quinine, de l'antipyrine et toute la gamme des médicaments employés en pareil cas.

Localement dans l'oreille, on fit des petits lavages avec une petite seringue en verre et on insuffla de la poudre d'iodoforme. Loin de se calmer, les douleurs persistaient toujours intenses, revenant par crises qui duraient plusieurs heures, surtout la nuit, énervant le malade qui commençait à s'inquiéter de son état; on dut alors pour le calmer lui faire des injections de morphine. qui lui procuraient un soulagement momentané.

L'oreille coulait toujours abondamment; elle bourdonnait en bruit de coquillage; il n'existait aucun phénomène réactionnel général, pas de fièvre, pas de vomissements, pas de troubles de la vue, appétit bon lorsque les douleurs permettaient au malade de s'alimenter.

Depuis quelques jours, ajoute son médecin, la suppuration a notablement diminué; les douleurs persistent, mais semblent être moins vives, depuis

[1]) Passet, Fortschr. d. Med. 1890 n. 2.

[2]) Ehrlich, Ueber das Methylenblau u. s. w. Zeitschr. f. klin. Med. 1881.

[3]) Karlinski, Zur Aetiologie der Puerperalinfection der Neugeborenen. Wien. med. Zeitschr. 1888, n. 28. Hochsinger, Ueber pyäm.-sept. Inf. Neugeborener. Allg. Wien. med. Ztg. 1888. Escherich, Fortschr. d. Med. 1890. Longard, Arbeiten des pathol. Instit. zu München 1890, Bd. II.

deux jours surtout; le malade se trouve mieux, cependant il a des sueurs profuses survenant sans cause connue. Ce symptôme a un peu effrayé son médecin ordinaire qui désire me faire examiner monsieur X...

En effet, lors de mon arrivée, je le trouve assis dans son fauteuil, répondant très clairement à mes questions et m'affirmant que, depuis 24 heures surtout, il éprouve une sédation très marquée des phénomènes douloureux dont il s'était plaint jusqu'à ce jour.

L'entourage du malade insiste sur sa nervosité antérieure à l'existence de névralgies faciales et ambulatoires dont il aurait souffert autrefois.

A l'examen, je constate que le pouls est bon, régulier, la peau est normale, pas de fièvre.

L'examen de l'oreille donne les résultats suivants:

P.C.D.	assez B.
» » G.	un peu diminuée.

Montre ordinaire:

A.D.B.	
A.G.	0.05 cent.
Décap.	latéralisé à gauche
R.	— à gauche.

Pas de gonflement autour de l'oreille, l'apophyse mastoïde paraît normale, elle est sonore à la percussion, indolore à la pression. Le côté gauche du crâne est toutefois un peu sensible, mais le malade fait observer lui-même qu'ayant beaucoup souffert, il a peut-être plus de peur que de mal lorsqu'on touche cette région.

A l'examen direct de l'oreille, je trouve le conduit rempli de pellicules épidermiques, de poudre d'iodoforme jusque sur le tympan; après avoir enlevé tous ces amas de corps étrangers, j'aperçois le tympan perforé en bas et en avant. Le pus s'écoule facilement. Néanmoins, j'agrandis la perforation et je prescris de grands lavages au sublimé et un vésicatoire mastoïdien; à l'intérieur: cachets de quinine, morphine et antipyrine.

Ne constatant l'existence d'aucun symptôme alarmant, j'autorise même le malade à sortir si le temps est beau, et, comme mes confrères, j'explique les douleurs par le retour de névralgies occasionnées par l'inflammation de l'oreille et entretenues par l'accumulation dans le conduit et dans la caisse, de masses épidermiques qui gênaient le libre écoulement du pus. Les symptômes s'étant amendés depuis deux jours, je fais espérer une amélioration progressive et la guérison à brève échéance. Malheureusement, ce pronostic optimiste ne devait pas se réaliser, car dans la nuit qui suivit ma visite, le malade fut pris tout à coup d'une crise convulsive épileptiforme, et succomba dans l'espace de quelques minutes, présentant tous les signes d'une inondation cérébrale ou plutôt ventriculaire.

Je fus bientôt informé de ce triste dénouement et repassant dans ma mémoire l'histoire de ce malade, je n'hésitai pas à rattacher la mort à l'ouverture dans le cerveau d'un abcès cérébral développé au cours de son otite.

C'est, en effet, la marche d'une affection identique que j'avais observée l'an passé chez une malade de l'hôpital Saint-André, qui, pendant sa vie, n'avait présenté d'autres symptômes que des douleurs intenses. La veille de

sa mort, cette malade était encore venue à pied à ma consultation de la Faculté, située à environ 500 mètres de la salle qu'elle occupait; elle avait eu à descendre et monter deux étages et, comme le malade dont je viens de parler, elle était morte subitement pendant la nuit. L'autopsie avait révélé l'existence d'un vaste abcès du cerveau et du cervelet, ayant détruit ce dernier dans sa presque totalité d'un côté.

Je crois qu'il est fort difficile, dans ces cas, de pouvoir affirmer l'existence d'une collection purulente dans le cerveau et surtout d'en connaître la situation exacte.

Néanmoins, en présence d'un malade atteint de suppuration aiguë de l'oreille, chez lequel l'écoulement du pus se fait librement, je considère que l'existence de douleurs de tête persistantes, occupant toujours le même point, douleurs lancinantes se produisant par crises au point d'empêcher le sommeil, est une indication précieuse dont on doit savoir tenir compte. Il faut, dans ces cas, si le traitement révulsif et médical ne procurent pas un soulagement appréciable, ne pas hésiter à ouvrir largement l'apophyse mastoïde d'abord; cette opération permettant de faire des lavages complets de la caisse suffira bien souvent pour enrayer les complications cérébrales; dans tous les cas, il sera facile, par l'ouverture mastoïdienne, de pénétrer dans le cerveau et s'assurer qu'il n'existe pas de foyer purulent dans le voisinage de la caisse.

Si cette pratique ne réussit pas, elle constitue, somme toute, une intervention relativement bénigne qui n'empêcherait nullement une trépanation ultérieure dans un autre point, si le diagnostic d'une collection de pus formée à distance pouvait être établi.

Il est certain que cette intervention tardive n'eût probablement pas sauvé mon malade, car il souffrait depuis 40 jours; mais appliquée en son temps, il n'est pas douteux qu'elle eût pu changer la marche des évènements.

Discussione

Prof. **A. Politzer** (Vienne): confirme l'observation de M. Moure par des cas pareils qu'il a observé dans sa clinique. Il croit qu'il s'agit dans ces cas-là d'une perforation de l'abcès à la surface du cerveau, produisant une méningite aiguë et la mort subite.

Il a aussi observé, comme M. De Rossi, des cas avec perforation d'abcès dans les ventricules du cerveau.

Prof. **E. De Rossi** (Rome): Le cas de M. Moure est très intéressant; quant à la cause de la mort, je ne suis pas entièrement d'accord avec M. Politzer qui pense qu'elle est due à une méningite qui se développerait en quelques heures. J'ai eu un cas, dans ma clinique, dans lequel la section a démontré que la mort subite était due à un abcès qui s'était ouvert dans le quatrième ventricule.

Prof. **V. Grazzi** (Firenze): Sentito che durante il corso della malattia il malato non presentava assolutamente alcun sintomo che facesse supporre l'esistenza di una complicazione cerebrale dell'otite, egli crede che solamente l'autopsia, se fosse stata eseguita, avrebbe potuto rivelare la vera causa della morte, la quale poteva anche riferirsi ad una emorragia cerebrale.

Moure: Il me semble que l'opinion émise par M. Grazzi soit peu conforme à la pratique. Les douleurs lancinantes, les sueurs profuses survenues 48 heures avant, et enfin ce que l'on sait sur la fréquence des abcès pariétaux au cours d'otites suppurées, sont des raisons suffisantes pour permettre d'affirmer l'existence d'un abcès chez mon malade. Je ne sais pas pourquoi il faudrait émettre l'hypothèse d'une hémorragie.

Dr. **S. Moos** (Heidelberg): hat nach Warzenfortsatztrepanation auf der gleichseitigen Grosshirnhemisphäre doppelte Abscessbildung beobachtet; beide Abscesse wurden mit Erfolg operirt; dennoch trat der Tod ein. Der ältere Gehirnabscess war wahrscheinlich durch rückläufigen Transport bedingt, denn es fand sich eine alte Lateralsinusthrombose.

Doct. **M. E. Gellé** (Paris): M. Gellé rappelle une observation d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'otite suppurée à la quatrième semaine, qui vint mourir subitement à l'hôpital Lariboisière, l'an dernier; à l'autopsie, on trouva un énorme abcès cérébral, sans communication aucune avec la caisse. La méninge offrait à son niveau l'aspect de la pachyméningite chronique; le tympan était largement perforé et la caisse communiquait largement avec l'antrum, l'enclume disparu. Ce malade était venu me consulter à pied, mais son facies était pâle, altéré, amaigri; il allait inerte, inconscient, sans souffrances; il semblait un typhoïde au début, oscillant, titubant; ce que l'on mettait sur le compte de la grande faiblesse.

M. Gellé insiste sur le côté intéressant de cette allure insidieuse, sur cette absence de symptômes trahissant une complication aussi grave qu'un abcès du cerveau.

Dans ce cas, en plus de la suppuration otique, il existait un engorgement douloureux et chaud le long du cordon vasculaire du cou, mais aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression sur l'apophyse mastoïde, que l'autopsie montra nulle: le sinus latéral était complètement oblitéré dans l'étendue de huit centimètres par d'anciennes productions plastiques. Il est évident qu'on avait affaire à une poussée infectieuse récente sur de vieilles lésions de l'otorrhée.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): Racconta dei casi di ascessi cerebrali otitici a forma apoplettica da lui osservati, e tra questi i più interessanti sono due: l'uno in un ufficiale, luogotenente, che cadde al suolo e perdè la coscienza mentre era di guardia, già da molto tempo sofferente di otite media piogena e suoi esiti: granulazioni ecc. della mucosa timpanica; l'altro molto più interessante, in ispecie per la grande notorietà del malato, il celebre archeologo Schliemann, che consultò il Cozzolino il 23 dicembre 1890 in sua casa in Napoli per una grave suppurazione dell'orecchio sinistro. Il 24 dicembre a 8 ore lo Schliemann, che il 23 non volle dire al professore Cozzolino chi fosse e dove abitasse, com'era sua abitudine, avendogli questi con insistenza domandato, perchè voleva che restasse all'albergo e si considerasse come un malato grave di suppurazione auricolare, fu trovato a terra metà paralizzato e con paralisi della lingua in una via di Napoli molto distante dalla abitazione del Cozzolino, fu raccolto da un ispettore di polizia e condotto al *Grand'Hôtel*, ove fu riconosciuto per Schliemann. Il Cozzolino che seguì

lo Schliemann all'albergo, saputo chi fosse, immediatamente invitò i professori Schrön, Cardarelli, D'Antona e D'Urso suo coadiutore per un consulto. e tutti furono d'accordo di praticarsi la trapanazione del cranio per liberare il cervello dal pus; ma sventuratamente la discussione scientifica fu cambiata in necrologia, pronunziata dal professore Schrön, perchè Schliemann spirava.

Dott. C. **Poli** (Genova): L'A. ha osservato nella Clinica medica di Genova due casi di esiti cerebrali da affezioni auricolari croniche seguiti da autopsia e di cui conserva i pezzi anatomici. Si trattava in amendue di individui giovani nei quali però la sintomatologia presentata fu completamente diversa nel senso che mentre nell'uno i sintomi locali dominavano la scena, nell'altro la sintomatologia locale era così poco manifesta da passare inosservata dietro il quadro di una grave pioemia. Nel primo, la sezione dimostrò, oltre alle note della otite media, un ascesso cerebrale del lobo medio apertosi nel ventricolo laterale e conseguente meningite: nel secondo, si trattava di una trombosi settica del seno laterale con ascessi metastatici diffusi. L'A. conviene con Gellé che nei casi nei quali i fenomeni locali sono poco manifesti si deve tener conto del fatto che gli individui vengono in osservazione in uno stato di prostrazione tale da non poter richiamare l'attenzione del medico sui suoi disturbi auricolari.

Dr. C. **Reinhard** (Duisburg a. R.):

Behandlung des Cholesteatoms.

Wegener (Hannover) beschrieb auf dem zehnten internat. med. Congresse die Schwartze'sche Methode der operativen Behandlung des Cholesteatoms des Felsenbeines, welche darin besteht, dass zur Verhütung der Recidive eine persistente Oeffnung hinter dem Ohr durch Hineinlegen von Hautlappen aus der Kopfhaut geschaffen wird.

Auf demselben Congresse beschrieb Stacke (Erfurt) seine Methode der Eröffnung der Mittelohrräume; diese besteht darin, dass durch Fortnahme der pars ossea des Atticus, durch Entternung der lateralen Wand des Aditus, dieser eröffnet und durch breite Resection der hinteren Gehörgangswand das Antrum freigelegt wird.

Seit diesem Vorschlag sind $3\frac{1}{4}$ Jahre vergangen, in welchem Zeitraum die empfohlene Stacke'sche Operationsmethode genügend erprobt werden konnte und die Probe auf ihre Klassicität vollauf bestanden hat.

Alle Buchten und Höhlen werden durch dieselbe frei übersichtlich. Es tritt nun die Frage auf, ob das otitische Cholesteatom bei Anwendung der Stacke'schen Methode, welche sich gerade für die Behandlung dieser Ohrleiden empfiehlt, nach der Schwartze'schen Anschauung mit breiter, persistenter Oeffnung behandelt werden soll, oder ob eine bleibende Oeffnung in der hinteren Gehörgangwand genügt, um das Recidiv des Cholesteatoms zu verhüten.

Bei sechzig Antrumeröffnungen sah R. 19mal Cholesteatom, von denen er 15 mit persistenter retroauricularer Oeffnung behandelt. Während in den Fällen, bei denen sich die Operationswunde hinter dem Ohr wieder

geschlossen hatte, bald jauchiger Zerfall der sich wiederbildenden Häute eintrat und dadurch das Leben der Patienten von Neuem gefährdet war, sah R. während einer dreijährigen Controlle in keinem der mit retroauricularer Oeffnung behandelten Fälle obige Gefahr entstehen.

R. operirt in der Weise, dass er zuerst die typische Aufmeisslung des Antrum nach Schwartze macht, dann den häutigen Gehörgang in seinem oberen und unteren Theile mittelst Raspatoriums loslöst und möglichst nahe am Trommelfell quer durchtrennt. Es ist dabei darauf zu achten, dass nicht auch die untere und vordere häutige Gehörgangswand verletzt wird, da es bei der Nachbehandlung auf ein möglichst grosses Feld intacter Epidermis ankommt. Die so losgelöste Gehörgangswand wird senkrecht durchschnitten und die Lappen nach sorgfältiger Blutstillung nach oben und unten fixirt.

R. hat jetzt zwei Knochenkanäle vor sich, welche convergiren: 1. den knöchernen Gehörgang, und 2. den künstlichen Knochenkanal; die zwischen beiden bestehenden Knochenbrücke (hintere knöcherne Gehörgangswand) wird nun von aussen nach innen schalenförmig abgetragen, wobei in der Tiefe der facialis durch eine umgebogene Silbersonde, die vom Gehörgang aus in das Antrum eingeführt ist, geschützt wird. Auch von der oberen Gehörgangswand wird soviel fortgenommen, dass der Atticus und Aditus frei übersichtlich zu Gesicht liegen. Die etwa noch vorhandenen Reste von Hammer, Amboss und Trommelfell können jetzt, ebenso wie die Cholesteatom-Massen, aus allen Nischen und Buchten des eröffneten Felsenbeines leicht entfernt werden; es besteht jetzt eine einzige Höhle aus Gehörgang, Pauke, Aditus, Antrum und Warzenfortsatz.

Es kommt nun darauf an, diese Höhle sowohl von der vorderen als auch von der lateralen Wand des Processus durch eine breite Oeffnung dauernd offen zu halten. Wir erreichen dies:

1. Durch Hineinlegen von Hautlappen aus der Kopfhaut (Schwartze);
2. Durch Thiersch'sche Transplantationen (in geeigneten Fällen);
3. Durch Lappenbildung aus der hinteren Wand der concha.

Durch letztere Methode, welche R. anwendet, sobald er vor Beginn der Operation bestimmt weiss, dass die retroauriculäre Oeffnung bestehen bleiben muss (Cholesteatom), verhindert man das Hineinwachsen von Haaren in die Höhle.

Da durch das Offenhalten der Knochenhöhle nach dem Gehörgang und nach der lateralen Mastoidwand hin die Gefahren des am häufigsten mit einem lethalen Ausgang endenden Ohrenleidens, des Cholesteatoms beseitigt werden, indem bei Wiederneubildung (selten) der Häute diese infolge des ungehinderten Luftzutrittes schnell austrocknen und nötigenfalls vom Patienten selbst entfernt werden können, wird die kosmetische Seite ausser Betracht kommen.

Discussione

Dr. **Ch. Lemcke** (Rostock): fragt an, in wie vielen Fällen definitive Heilung erzielt wurde. Auf das Zusammentreffen von Cholesteatom und Caries muss man in der Mehrzahl der Fälle gefasst sein; mitunter handelt es sich um tuberculöse Caries. Diese Fälle machen das Offenhalten der retroauriculären Wunde zur unbedingten Nothwendigkeit.

Reinhard: hat von den oben erwähnten 19 Fällen 15 mal eine persistente Oeffnung erstrebt, und in diesen 15 Fällen niemals bei ca. dreijähriger Controlle einen Zerfall der sich etwa von Neuem bildenden Häuten gesehen. Häute bilden sich in manchen Fällen wieder, werden aber durch den ungehinderten Luftzutritt schnell ausgetrocknet und können vom Patienten selbst entfernt werden. In den Fällen ohne persistente retroauriculare Oeffnung trat nach Neubildung der Häute bald ein jauchiger Zerfall ein, und damit eine erneuerte Ohreiterung mit allen Gefahren.

Caries kommt in der Mehrzahl der Fälle neben Cholesteatom vor; einmal konnte ich Tuberkulose nachweisen.

Prof. **A. Politzer** (Wien): hält die von Reinhard empfohlene Methode für einen Fortschritt in der operativen Ohrenheilkunde; er ist, auf Grundlage einer Reihe von beobachteten Fällen, der Ansicht, dass durch die Stacke'sche Operation zur Entfernung der Gehörknöchelchen die Bildung von mit gefahrdrohenden Symptomen verlaufenden Cholesteatomen in der Trommelhöhle und in dem Antr. mast. begünstigt wird, indem die Invasion der Epidermis aus dem äusseren Gehörgange in die Trommelhöhle durch Hinwegnahme der äusseren Atticwand rascher stattfindet als vor der Operation. Die Herstellung einer persistenten Oeffnung hinter dem Ohre bietet aber auch nicht immer die sichere Gewähr für eine recidive des Cholesteatoms, da bei dem buchtigen Bau des Mittelohrs die Bildung von Cholesteatom in einer dem Auge nicht zugänglichen Höhle nicht verhindert werden kann.

Dr. **Dundas Grant** (London): In the diagnosis of cholesteatoma it is very difficult to judge of the extent of the disease. It may be confined to a small cell, but on the other hand it may occupy the whole of the mastoid process. It is important to look upon it as a dermatitis.

After any operation it is impossible to guarantee the patient against recurrence, because at any time, under the influence of moisture or the invasion of bacteria, the skin lining the cavity is apt to inflame and desquamate. It is of the greatest importance to exclude moisture and to employ antisepsis, good results taking place in many cases by the simple remedies, such as the insufflation of boric acid or other antiseptics by means of such an intratympanic tube as that of Professor Politzer. The occurrence of symptoms of erosion of bone is an indication for immediate operation.

Prof. **G. Gradenigo** (Torino):

Le affezioni auricolari nella sifilide ereditaria.

Nella sifilide ereditaria, oltre alla forma ben nota di sordità completa bilaterale, si riscontra un'altra forma attenuata di sordità progressiva, con i caratteri dell'otite media catarrale cronica e con diffusione precoce al labirinto. Tale forma morbosa è analoga a quelle che si riscontrano in individui predisposti per ereditarietà alle malattie dell'orecchio o in individui appartenenti a famiglie con tubercolosi ereditaria.

In questa forma attenuata di sordità progressiva da sifilide ereditaria, le stigmate caratteristiche sono di solito poco accentuate; tra queste, la più

frequente è la cheratite interstiziale. Qualche volta le stigmate fanno completamente difetto, e la diagnosi si può posare con sicurezza solo per l'esistenza della caratteristica polilетalità dei bambini, dell'esistenza dell'infezione specifica nei genitori o di stigmate ben nette di sifilide ereditaria nei fratelli del paziente. In alcuni casi la patogenesi specifica dell'affezione non si può stabilire che in base ad un criterio di probabilità, in considerazione della malignità che dimostra il processo morboso dell'orecchio medio e della compartecipazione grave dell'orecchio interno, sopratutto quando si possano con sicurezza escludere altre infezioni generali. La ereditarietà per le malattie dell'orecchio è spesso associata in tali forme, come momento patogenetico, alla infezione specifica ereditaria.

La forma sopradescritta, attenuata di sordità progressiva, si riscontra a preferenza nel sesso femminile, al pari della forma grave; ma a differenza di quest'ultima, che suole svolgersi all'età della pubertà, la forma attenuata può svolgersi molto più tardi, dai venti ai trent'anni.

Lesioni catarrali di vario grado della rinofaringe e del naso si riscontrano quale causa determinante diretta della malattia auricolare; la cura di dette lesioni, se è sempre utile, non dà però risultati così brillanti come nelle otiti medie genuine. Il trattamento specifico misto porta in un certo numero di casi notevole miglioramento.

In un ulteriore lavoro, l'Autore si riserva di esporre con dettaglio i caratteri clinici della forma morbosa.

Discussione

Dr. S. **Moos** (Heidelberg): stellt an Herrn Gradenigo verschiedene Fragen betreffend Funktionsprüfung, Prognose und Therapie bei den hereditär syphilitischen Ohraffectionen.

Doct. M. E. **Gellé** (Paris): insiste sur l'existence des lésions suppuratives de nature hérédo-syphilitique, qui offrent toutes les manifestations concernant l'otorrhée, fongosités, ostéo-périostites, caries, etc., qui demandent tout d'abord d'être traitées comme dans les cas ordinaires, mais avec addition du traitement spécifique. Ces cas se présentent aussi chez des sujets âgés et, après avoir résisté aux divers traitements habituels, ces otorrhées guérissent rapidement par le traitement spécifique.

Dott. G. **Ficano** (Palermo): Desidero sapere dal professore Gradenigo se vi sono caratteri locali differenziali tra la sordità progressiva lenta della sifilide ereditaria e dell'otite media secca, poichè credo che non è possibile poter fare una diagnosi differenziale fra queste due entità morbose.

Dott. G. **Avoledo** (Milano): domanda al dottor Gradenigo quali lesioni possano riscontrarsi nel labirinto, in seguito a lesioni della cassa, di origine sifilitica.

Gradenigo: La comunicazione dell'A. è essenzialmente clinica; però nota che furono rilevati da Habermann dei fatti di osteo-sclerosi del temporale di natura assai probabilmente specifica; e che forse la forma nuova di affezione auricolare che Politzer descriverà dal lato anatomo-patologico in questo Congresso, corrisponde a quella che l'A. ha descritto clinicamente.

Prof. **V. Grazzi** (Firenze): In generale si ammette troppo facilmente la natura sifilitica delle lesioni auricolari che si manifestano durante il corso dei fenomeni morbosi della sifilide secondaria. In molti casi si tratta, non di affezioni sifilitiche della tromba eustachiana o della cassa, ma di semplici otiti catarrali riferibili a cause qualche volta indipendenti dalla sifilide medesima, e questa è la ragione per la quale, mentre la cura specifica migliora le condizioni morbose delle fauci, ecc., non esercita nessuna benefica influenza sopra i disturbi auricolari, che guariscono sollecitamente mediante la cura locale propria delle otiti medie catarrali.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): La sifilide come causa delle lesioni craniche, sia essudative che iperplastiche, e loro esiti dell'orecchio medio, è stata ammessa fin da Itard, Triquet, ecc. Io credo che in questi casi l'esame accurato rinoscopico e faringoscopico, più che gli esami obiettivo e funzionale auricolari, possano risolvere la difficile quistione diagnostica. Per me, il cavo naso-faringeo, le cavità nasali sono le vie dirette per la diffusione della sifilide secondaria, più che della terziaria, all'orecchio medio, per la via della tuba eustachiana.

Dr. **A. Bronner** (Bradford): drew attention to the peculiar relations between interstitiel Keratitis and diseases of the ear in congenital syphilis.

The keratitis in nearly every case broke out before the ear disease and very rarely after the affection of the ear. The prognosis of the ear disease, if there had previously been an attack of keratitis, was very bad. In most cases the middle ear became affected first, and then the inflammation spread on to the internal ear.

Assume la presidenza il professor Moos (Heidelberg).

Doct. **H. Colladon** (Genève):

De l'abcès de fixation en otologie.

A M. Szenes, de Budapest, revient le mérite d'avoir, en l'année 1892, signalé à l'attention du monde médical une complication curative de l'otite moyenne suppurée aiguë[1]). Dans 21 cas, dont il a recueilli les observations, dans l'espace de deux ans et demi, il a vu survenir, au cours de l'affection primitive, une otite externe diffuse, à marche rapide, dont la guérison a été suivie de près, au bout de trois à quatre jours, de la cessation de l'otorrhée et de la cicatrisation de la perforation.

Dans les six cas où les oreilles étaient simultanément affectées, l'otite externe a été trois fois unilatérale et trois fois bilatérale, et, fait singulier, l'otorrhée a cessé plutôt du côté envahi par l'otite externe secondaire, que du côté demeuré indemne. En outre, dans trois cas, la suppuration de la caisse n'a tari qu'après une récidive de l'otite externe, la première atteinte étant restée comme impuissante à terminer la scène.

[1]) Relation de la première réunion (à Francfort) de la Société allemande d'otologie. (Archiv für Ohrenheilkunde, juillet 1892; Monatsschrift für Ohrenheilkunde, août 1892).

M. Szenes se demande si l'apparition de l'otite externe n'a pas servi à convertir le malade à une observation plus rigoureuse des prescriptions hygiéniques et thérapeutiques à lui conseillées, et si, par ce fait, l'otite moyenne, peut-être déjà en voie de résolution, n'a pas rapidement guéri. Ou bien ne doit-elle pas plutôt être considérée comme un agent curatif de l'affection primitive? C'est l'opinion qu'il est porté à adopter. Dans la discussion qui suivit cette intéressante communication, M. Dennert, de Berlin, attribue aux processus inflammatoires du conduit auditif externe une influence considérable sur ceux de la caisse du tympan; cette influence, selon lui, est une action dérivative.

Agent curatif; action dérivative! MM. Szenes et Dennert ont vu et touché juste. « Eliminez les matières par les voies où elles tendent le plus et par des issues convenables », lisons-nous dans Hippocrate. (Aphor., Sect. I, 21). Ces voies, la nature les emprunte dans les maladies à tendance suppurative, qui, toutes, peuvent être jugées spontanément par la formation d'un abcès. Ces localisations distantes du siège primitif prennent le nom d'abcès critiques, de métastases. Bien des méthodes thérapeutiques de l'humorisme, les médications révulsive, irritante, antiphlogistique, évacuante, ne sont que des applications plus ou moins rationnelles du précepte d'Hippocrate.

M. Fochier[1]), de Lyon, s'inspirant du procédé de la nature, a eu l'ingénieuse conception de dériver à la périphérie les suppurations qui menacent les organes internes ou qui les ont déjà envahis. Sa méthode est l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine. La collection purulente, ainsi produite et qui est microbienne, a reçu le nom d'abcès de fixation. D'autres praticiens sont venus confirmer, par leurs observations et par leurs expériences, tant la réalité de la collection spontanée que la valeur curative de l'abcès artificiellement créé.

Cela exposé, le rapprochement s'établit presque fatalement entre l'abcès de fixation de M. Fochier et l'otite externe secondaire de M. Szenes. Celle-ci n'est autre chose qu'une inflammation diffuse, un œdème du tissu cellulaire du conduit auditif, sans aucun travail de desquamation, sans la moindre trace de folliculite; tout au plus observe-t-on, parfois, une éruption papuleuse au méat et alentour. Cette phlogose s'accompagne de fièvre, de douleur et d'une tuméfaction impossible à confondre avec celle que détermine dans les parvis du conduit auditif, une affection concomitante de l'apophysie mastoïde. Pendant son évolution, on remarque déjà une diminution notable du pus de l'otite moyenne. De même que l'abcès térébenthiné, elle se termine par résolution, par la résorption de l'infiltration du tissu cellulaire. Sa durée est de deux à quatre jours et, tôt après sa disparition, on constate l'arrêt de l'otorrhée, la cicatrisation complète, ou tout au moins imminente de la perforation.

Pendant l'épidémie d'influenza qui sévit si fortement en 1889-90, et qui donna lieu à un si grand nombre de cas d'otite moyenne suppurée, ce mode de résolution n'avait pas échappé à mon attention; mais l'idée ne me vint pas d'établir entre l'apparition de l'otite externe et la guérison de la maladie

[1]) Fochier, professeur de clinique obstétricale. Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. (Lyon médical, août 1891).

primitive une relation de cause à effet. La lecture des mémoires de MM. Fochier et Szenes fut pour moi un trait de lumière, et c'est seulement alors que la corrélation entre les deux ordres du phénomène m'apparut claire et évidente. L'influenza plus bénigne du printemps de 1893 me fournit quelques observations, mais en petit nombre, car la forme aiguë de l'otite moyenne suppurée ne constitue que le six ou le sept pour cent de la somme totale des affections de l'oreille. En outre, dans la grande majorité des cas, elle guérit sans otite externe critique. Mes observations, au nombre de sept, sont exclusivement de l'année 1893.

De ces sept cas, l'affection de la caisse du tympan était imputable: pour trois d'entre eux à l'influenza, pour deux à la grippe vulgaire (refroidissement, coryza intense), pour un à la rougeole; le septième avait une origine traumatique (chûte dans l'eau d'une certaine hauteur). Dans trois elle était unilatérale. Un seul (influenza) a présenté le singulier phénomène de l'otite externe secondaire à répétition.

Aucune cause extérieure, aucun agent nocif n'a pu provoquer la complication. Au contraire, les malades, instruits de la gravité de leur état, n'ont pas manqué aux précautions les plus minutieuses. Faire intervenir le hasard serait peu conforme aux principes de saine philosophie qui doivent avoir force de loi dans l'art médical. Comme le dit, dans son intéressant mémoire, M. L. Revilliod, de Genève[1]: « Quand deux faits coïncident ou se succèdent *souvent*, c'est qu'il y a corrélation entre eux. Et si l'apparition du phénomène secondaire est accompagnée de la disparition du phénomène primitif, c'est qu'il a joué un rôle actif dans l'évolution de celui-ci, et, dans le cas donné, un rôle salutaire. »

La pathogénésie de l'otite externe de fixation doit être cherchée ailleurs, dans un domaine moins banal; la cause immédiate, la cause réelle en est l'action des topiques employés pour combattre l'affection primitive. Sans prétendre affirmer qu'elle n'est jamais spontanée, c'est-à-dire le résultat de la force médicative de la nature, j'ai la conviction que dans la plupart des cas elle est artificielle, provoquée par les agents thérapeutiques spécifiques que nous opposons à l'otite moyenne suppurée. L'abcès de fixation artificiel, pris dans un sens général, s'il est créé par une substance simplement irritante (éther, caféine), est constitué par du pus microbien; tandis que, s'il est engendré par une substance à la fois antiseptique et irritante, comme l'est la térébenthine, le pus qu'il renferme est absolument stérile: phénomène qui ne peut se vérifier pour l'otite externe critique, puisqu'elle ne livre pas de pus. Or les médicaments dont nous nous servons dans la forme aiguë de l'otite moyenne suppurée, quand sa période d'état est passée, sont précisément des antiseptiques irritants.

Riche est la nomenclature de ces antiseptiques irritants. Mon expérimentation a porté tour à tour sur l'acide phénique, sur le sublimé corrosif, sur l'alcool, le lysol, la créoline, la térébenthine, le trichlorure d'iode et, enfin, sur l'acide thymique auquel je me suis arrêté, l'associant à l'alcool de manière à avoir en main deux forces au lieu d'une seule. Le sublimé corrosif vient en seconde ligne. L'injection de térébenthine sous le derme

[1] L. Revilliod, professeur de clinique médicale. Des abcès de fixation. Revue médicale de la Suisse romande, sept. 1892.

du conduit auditif n'est guère praticable, car l'abcès térébenthiné est douloureux à un très haut degré, et l'on risquerait ainsi de dépasser la mesure. Force est donc de lui substituer les injections et les instillations des substances médicamenteuses.

Le thymol est un antiseptique puissant, son odeur est suave, et n'est pas venineux: tous avantages qui sont rarement réunis chez ses congénères. Je l'associe à l'alcool absolu dans la proportion de cinq pour cent. Cette solution est remarquablement irritante: trois gouttes dans 200 grammes d'eau suffisent pour éveiller dans l'oreille une douleur intense, quand les cellules mastoïdiennes sont impliquées dans l'inflammation. Aussi doit-elle être maniée avec prudence et les doses augmentées selon une lente progression, de deux grammes, quantité initiale, à quatre grammes ou plus dans 200 grammes d'eau. A ces doses elle détermine dans l'oreille une sensation de cuisson assez vive et même de douleur passagère à laquelle le malade devra se résigner. Un système avantageux est d'alterner les injections au thymol avec les instillations au sublimé (1 pour mille), celles-ci une demi-heure après celles-là. Les unes comme les autres ne seront pratiquées que deux fois par jour, au maximum.

Il n'est pas sans importance que le malade soit prévenu de la nouvelle phase douloureuse qu'il est exposé à traverser; sinon il serait enclin à perdre courage et aussi à tenir son conseil médical pour responsable de ce retour apparent de son mal.

D'après mes expériences, la durée de l'incubation de l'otite externe artificielle serait de trois à cinq jours. Le cycle de la complication curative est de deux jours au moins, de quatre jours au plus. Le traitement sera purement expectant: la laisser évoluer sans intervention active, attendre que ce court orage se soit éloigné, parer autant que possible à la douleur, telles en sont les seules indications.

La médication par fixation est efficace avant tout dans l'otite moyenne suppurée aiguë, et principalement dans l'otite subaiguë, quand les signes objectifs et l'atténuation des symptômes révèlent que la période d'état est terminée. Elle s'adresse plus spécialement aux cas qui traînent en longueur. En thèse générale, lorsqu'à la fin du deuxième ou du troisième septénaire, au maximum, l'otorrhée persiste sans mitigation dans ses caractères et dans l'abondance de son flux, appel doit être fait aux médicaments spécifiques, comme étant les plus aptes à développer l'otite externe critique.

Il vous serait, messieurs, fastidieux d'entendre le détail de mes observations. Je la limite à une seule qui me paraît typique.

Sieur M..., homme de peine, 33 ans. Influenza. Otite moyenne aiguë. Paracentèse; puis, écoulement séro-muqueux très copieux et chûte rapide de la fièvre. Traitement local par le benzoate de soude et par la résorcine.

Au bout de quinze jours, l'otorrhée persistant presque sans changement, j'institue la médication dérivative par le thymol et le sublimé.

Moins d'une semaine après, otite externe secondaire très intense qui guérit dans le délai normal. L'otorrhée continue. Reprise du traitement par les mêmes antiseptiques irritants. Au quatrième jour, nouvelle otite externe qui s'éteint comme la précédente. Elle est promptement suivie de l'arrêt de la suppuration et de la cicatrisation de la perforation. Restitution intégrale de l'audition.

L'otite suppurée chronique est-elle à son tour justiciable de la médication par fixation? M. Dennert fait remarquer que dans l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse, les phlogoses consécutives du conduit auditif externe exercent souvent une influence considérable sur le processus tympanique. Il ne faut, bien entendu, pas les confondre avec les otites externes qu'on rencontre assez fréquemment dans le cours des otorrhées chroniques et dont la résolution n'apporte aucun changement à la suppuration de la caisse. Mes expériences sur ce point spécial sont loin d'être concluantes Cependant, j'ai noté deux cas d'otite chronique traités par la méthode de fixation, qui semblent en légitimer l'essai. Dans tous les deux, le pus, jusque-là fétide, caséeux, ne tarda pas à perdre ces caractères pour devenir microbien et enfin tarir; la muqueuse de la caisse apparut alors assainie; mais les malades se dérobant à tout examen ultérieur, je ne puis affirmer que la perforation se soit fermée.

Il va de soi que la médication par fixation n'est d'aucune efficacité contre les complications de l'otite suppurée chronique, contre les néoplasmes de la caisse, contre les lésions osseuses, etc. Un cas assez curieux m'autorise pourtant à faire quelques réserves pour la périostite, c'est celui d'un œdème migrateur, péri-auriculaire, presque indolent, développé chez un alcoolique à la suite d'une otite muqueuse suppurée aiguë et qui, au bout de plusieurs semaines, vint se localiser à la région mastoïdienne en un abcès superficiel assez volumineux; cet abcès, incisé, ne donna que du pus stérile. Je n'insiste pas, car l'abcès térébenthiné qu'on serait tenté d'opposer comme dérivatif à la périostite est si douloureux qu'il n'y a pas lieu de le préférer à l'incision de Wilde.

N'est-il pas légitime de faire rentrer dans le cadre du sujet ces infiltrations douloureuses du tissu cellulaire qui se développent à l'oreille externe peu après la cautérisation de la muqueuse de la caisse, et qui, de courte durée, reproduisent parfaitement l'image de l'otite externe critique? Tout récemment encore, j'eus à cautériser, à la solution de chlorure de zinc saturée, une granulation sise à la paroi postérieure de la caisse; vingt-quatre heures après, vives douleurs dans la portion cartilagineuse du conduit auditif et tuméfaction considérable des régions pré- et sous-auriculaires; la portion osseuse du canal auditif ne participe en aucune façon à cette inflammation, la granulation apparaît flétrie et tout se termine en quarante-huit heures.

Le sujet n'a sans doute pas une grande portée thérapeutique, et ne saurait valoir à celui qui l'introduit de monter au Capitole. Cependant, une méthode qui permet d'abréger la durée d'une maladie et de lui épargner le caractère de chronicité n'est pas à repousser sans examen; au contraire, elle appelle de nouvelles études, de nouvelles expériences. En otologie, la médication fixatrice n'est donc point une simple curiosité scientifique. Dans le domaine de la pathologie générale qui, de toutes les sciences médicales, est celle peut-être qui nous initie le mieux aux arcanes de la nature, l'abcès de fixation spontanée a sa place marquée parmi les manifestations si diverses de la force réparatrice de cette nature, toujours agissante, toujours en éveil, que nous pouvons imiter sans parvenir à l'égaler et dont nous ne serons jamais que les humbles et imparfaits serviteurs. Elle nous montre le chemin; sachons le suivre; sachons surtout ne jamais la contrarier dans sa bienfaisante activité.

Discussione

Dr. S. **Szenes** (Budapest): Meine Herren! Seit meiner ersten Mittheilung, auf welche sich der Vortragende beruft, habe ich auch andere Beobachtungen zu machen Gelegenheit gehabt, und kann es nun von Neuem bestätigen, was ich bereits im Jahre 1892 behauptete, dass es entschieden eine heilungsbefördernde Otitis externa diffusa für die acute Mittelohrentzündung giebt. Ob dieselbe, wie Dennert meint, als Ableitung oder, wie der Vortragende glaubt, als kritische Metastase anzusehen sei, das will ich nun nicht erörtern. So viel ist unstreitig, dass die betreffenden Fälle der acuten Mittelohrentzündung, trotz regelrechter Behandlung, erst dann dauernd geheilt waren, als vorher eine Otitis externa sich der Mittelohrentzündung hinzugesellte und mit der Heilung der Complication auch das Grundübel behoben war.

Bezüglich der Influenza-Otitiden möchte ich erwähnen, dass ich bereits im Jahre 1890 mich dahin äusserte, in mehreren Fällen der in Folge der Influenza aufgetretenen Mittelohrentzündung auch Furunkelbildungen im äusseren Gehörgange beobachtet zu haben, doch möchte ich letztere Complication keineswegs mit der oben erwähnten in Zusammenhang bringen.

Prof. G. **Gradenigo** (Torino): Si meraviglia della frequenza colla quale Szenes e Colladon hanno osservato l'otite esterna nell'otite media purulenta acuta: per conto suo anche nell'influenza egli ha osservato assai di rado tale complicazione. Secondo Schimmelbusch, il furuncolo è prodotto dallo sfregamento di microrganismi piogeni contro la cute del condotto uditivo esterno: ora il modo di medicazione della otite media purulenta troppo irritante può dare origine all'infiammazione dei follicoli pilari e quindi alla furuncolosi. La associazione di un'otite esterna alla otite media acuta è sempre fatto grave, complicazione disaggradevole.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): Accetta pienamente la etiologia e la patogenesi dell'otite esterna che implica le suppurazioni croniche della cassa. Essa è una complicanza dovuta alla mancanza di perfetta irrigazione antisettica, o all'uso di antisettici molto irritanti che bisogna proscrivere specialmente nelle forme subacute ed acute, per cui nello scorso anno ha studiato la *microcidina* o naftolato di sodio, al quattro o cinque per mille, che ha un'azione antisettica venti a venticinque volte più dell'acido borico usato al quattro o cinque per cento. La *microcidina* è solubilissima, non è tossica, non sporca le superficii ed ha una leggiera reazione alcalina; quindi non è atta a provocare la fagocitosi, come i caustici.

Prof. **E. De Rossi** (Rome): Dans ma pratique, chaque fois que je rencontre une inflammation du conduit auditif, dans le cours d'une otite moyenne purulente aiguë, je la considère comme une complication qui n'a rien à faire avec le processus morbide de la muqueuse de la caisse. Il s'agit d'une complication qui est assez grave non seulement pour le pronostic de la durée de la maladie, mais aussi pour les difficultés qui surgissent dans le traitement à cause de l'enflure de la peau, du rétrécissement

du conduit, de la difficulté de faire pénétrer les médicaments et de donner issue à ce pus.

D'un autre côté, il y a déjà, dans la pratique ancienne, des observations d'irritations derrière l'oreille qui ont produit la guérison d'otites moyennes purulentes.

Ces cas ne pourraient, selon moi, s'expliquer que par l'appel de leucocytes, fagocytes en grande quantité, qui pourraient envelopper et détruire les micrococques piogéniques.

Dr. **Th. S. Flatau** (Berlin): F. verweist auf die Analogie mit anderen Höhleneiterungen, wie aus den Nasennebenhöhlen, bei welchen, ebenfalls bald durch Propagation von innen, bald durch Infektion von aussen komplicirende äussere Entzündungen mit Abscedirung entstehen. Er hält die komplicirende Otit. externa, welche nach seinen Erfahrungen bei Influenza nicht häufiger ist als sonst, für eine gefahrvolle Complication. Die vielleicht heilsame Depletion nach aussen wird wenigstens kompensirt durch die Gefahr der Sekretverhaltung.

Dr. **S. R. Ludwig** (Hamburg): empfiehlt zur Behandlung des gewöhnlichen Furunkels im äusseren Gehörgange sowohl, als der bei acuter oder chronischer Mittelohreiterung auftretenden Externa diffusa, subcutane Injectionen von 2 p. c. Carbolsäurelösung vor dem Tragus und (oder) hinter der Ohrmuschel zu machen (nicht nach Weber-Lice in den Furunkel), und zwar eine bis zwei Pravaz'sche Spritzen voll.

Hiernach sah Ludwig beginnende Furunkel und diffuse entzündliche Schwellungen des Gehörganges prompt zurückgehen.

In vielen Fällen genügte einmalige derartige Behandlung, seltener mussten die Injektionen am anderen Tage wiederholt werden. Die Injektionen wurden in allen Fällen gut vertragen.

Prof. **S. Szenes** (Budapest): Auf die Bemerkungen meiner Vorredner erlaube ich mir zu bemerken, dass ich die Externa nicht als häufige Complication erwähnen wollte, wie dies Gradenigo meint, ebenso möchte ich nicht die Externa generaliter als günstige Complication genannt haben wollen; es beziehen sich die Fälle speciell auf einige Beobachtungen, in denen die Externa von curativem Einflusse auf die Media war.

Colladon: Ce n'est pas d'une folliculite, d'un furoncle du conduit auditif qu'il s'agit, mais bien d'une otite externe diffuse. Elle n'est pas produite par contagion directe, mais par dérivation, par un rappel au dehors des micrococques. Il va sans dire que pendant la période aiguë de l'otite moyenne, les médicaments employés doivent être des antiseptiques, non irritants, et que c'est seulement dans ces cas rebelles d'otite moyenne suppurée aiguë que l'on doit essayer de la médication par fixation.

Prof. **G. Gradenigo** (Torino):

Sulla patogenesi della vertigine ad accessi di origine auricolare (tipo di Menière).

Devonsi distinguere due forme principali di vertigini ad accessi da causa auricolare: quella spuria, nella quale le lesioni dell'orecchio medio riescono causa di irritazione, collaterale o reflessa, dell'apparecchio ampollare

dei canali semicircolari; quella tipica, in rapporto con lesioni dirette di detto apparecchio.

Per quanto concerne la forma tipica, contrariamente all'ipotesi di Menière e alle opinioni tuttora dominanti in proposito, specialmente nella Clinica medica, è solo in via eccezionale che un quadro sintomatico analogo a quello della vertigine di Menière viene determinato da emorragie nell'orecchio interno: se queste infatti sono così abbondanti da portare rapidamente la distruzione dell'apparecchio ampollare, le vertigini possono mancare del tutto; se sono meno abbondanti, così da provocare piuttosto una irritazione reattiva, le vertigini sono intense ma continue (non ad accessi) e con graduale diminuzione.

Il quadro tipico della vertigine Menière non è adunque che uno stadio della diffusione al labirinto di un'affezione catarrale cronica dell'orecchio medio. Se la diffusione è molto lenta, i sintomi di reazione da parte dell'apparecchio ampollare possono essere nulli o quasi nulli; se essa è meno lenta, i sintomi ad un dato periodo del processo morboso, quando l'affezione guadagna detto apparecchio, presentano il quadro tipico delle vertigini ad accessi; finalmente se la diffusione è rapida, i sintomi possono essere così intensi da determinare uno stato vertiginoso continuo.

La durata dello stadio di Menière nel decorso clinico di una affezione catarrale cronica dell'orecchio dipende dalla rapidità con la quale essa procede, e varia da pochi mesi ad uno o più anni; tutto ciò che affretta l'andamento della malattia, accorcia anche lo stadio degli accessi di vertigine, perchè al periodo di irritazione dell'apparecchio ampollare succede l'abolizione della funzione.

La vertigine Menière può aversi adunque nelle più varie affezioni dell'orecchio medio, quando si estendono al labirinto, sopratutto nelle otiti da professione, da sifilide e da tubercolosi acquisite o ereditarie. Essa non costituisce adunque che uno stadio di un processo morboso, la cui genesi può essere differente e non merita perciò di essere riguardata come una entità nosologica a parte.

Prof. G. **Avoledo** (Milano):

Vertigine uditiva - Trattamento chirurgico.

Il caso clinico, o Signori, che loro presento, non tratta certamente un argomento nuovo nella letteratura otologica, ma è certo non privo d'importanza, quando noi pensiamo che alla nostra specialità sorride un avvenire pieno di risorse curative se potremo stabilire che molte malattie cerebrali ed anche cerebro-spinali non sono che forme riflesse in dipendenza di lesioni auricolari. Io non voglio spingermi tanto innanzi colle speranze, ma se mi si concede un paragone, crederei di poter affermare che anche la ginecologia ha raggiunto oggi una considerevole importanza appunto perchè ha saputo tener calcolo delle forme riflesse dipendenti da lesioni dell'apparecchio genitale femminile. Gl'innumerevoli tentativi di chirurgia intratimpanica eseguiti in questi ultimi anni per la cura delle forme purulenti dell'orecchio, delle sordità, delle paracusie ecc., hanno lasciato credere pure possibile la cura chirurgica delle forme riflesse dell'orecchio, e senza che

io debba qui ricordare i tentativi di Schwartze, di Sexton, ricorderò solo i molti casi operati, e con esito felice, dall'illustre nostro collega il dottor Burnett che recentemente (American Med. Associat. 1893) riprese assai bene l'argomento.

La paziente che io visitai nel maggio 1893 è un soggetto di robusta costituzione fisica, e che mai ebbe a soffrire malattie di sorta. Si ammalò nel giugno 1892 per otite acuta suppurata media sinistra, in seguito, pare, ad influenza. Dal giugno 1892 all'aprile 1893 curò da sola la suppurazione, ma questa, avendo preso un decorso cronico, si diffuse verso i primi di maggio all'antro mastoideo, ed appunto in quest'epoca ed in queste condizioni fu da me per la prima volta visitata. Essa mi disse allora che non tanto la suppurazione ed i dolori alla mastoide la tormentavano, quanto e piuttosto un certo stato d'impossibilità a reggersi in piedi e certi rumori forti, continui, intensi come suoni di tamburo che partivano dall'orecchio e si diffondevano verso la regione occipitale. Poi essa mi aggiunse che fino dal novembre 1892 aveva provato il fenomeno che qualunque rapido movimento essa dovesse fare, le faceva perdere l'equilibrio e che per quindici giorni non poteva dormire coricata, ma seduta e col capo appoggiato; verso il termine dello stesso mese le sembrava che la propria stanza le oscillasse intorno e che il letto si avvicinasse verso il soffitto della stanza stessa. In tali condizioni durò fino al mese di marzo e parve che le vertigini fossero diminuite, ma ai primi d'aprile le vertigini all'opposto comparvero con maggiore intensità e frequenza. A quest'epoca riscontrai il processo purulento già molto avanzato, il martello senza membrana aderente al promontorio, l'udito ridotto ad un terzo del normale, dolore alla punta del mastoide, il pus denso, senza odore; aveva febbre (38 gradi) e dolori pure nella profondità dell'orecchio. Praticai una cura mista di chinina e bromuri per una parte dei fenomeni da un lato ed una cura *ad hoc* per la suppurazione. Ma tali fatti morbosi non cessarono affatto sotto il rigoroso trattamento, per cui mi decisi a consigliarle una cura chirurgica. Proposi adunque alla paziente la estrazione del martello, ciò che venne accettato; io poi dal canto mio mi lusingava che lo stesso atto operativo dovesse anche portare un miglioramento al suo udito nonchè al suo stato vertiginoso. Negli ultimi giorni del luglio seguente praticai l'operazione, e due giorni dopo, nel mentre la suppurazione continuava ancora, benchè più scarsa, la paziente mi avvertiva che sentiva la testa più libera e cessati i dolori nell'orecchio ed alla mastoide. Cessarono pur anche le vertigini solo dopo quindici giorni, per cui dimisi la paziente come guarita. Dopo circa due mesi di perfetto benessere ricomparve più forte la suppurazione accompagnata ancora da vertigini, alle quali però questa volta si aggiunsero il vomito e le nausee quasi continue; le sembrava anche che il gusto non rispondesse ai suoi bisogni. Le sembrava di trovarsi in barca anzichè in letto, ed anche seduta le vertigini erano così forti e violenti, ed i rumori all'orecchio così insistenti, che qualche volta si sentiva come trascinata a cadere verso sinistra. Io non sapeva davvero che curare i sintomi più gravi ad uno ad uno, senza però aver mai avuto la convinzione di poter essere direttamente e certamente utile. In questo stato durò adunque dall'agosto al dicembre 1893. Durante questo tempo ad intervalli ebbi agio di osservare e praticare esami più dettagliati sia del sistema nervoso periferico, sia dell'orecchio stesso. A me dunque

non venne a mancare la certezza che qui trattavasi della forma di vertigine uditiva (*ab aure laesa*) e che essa si ripercuoteva sui diversi sistemi organici. Non sapeva adunque che decidermi per una cura utile, ma più volte pregato a liberarla dai suoi disturbi, le proposi alfine l'operazione di Stacke. L'atto operativo era dunque grave per sè stesso, ma io lo proposi più per la cura della suppurazione che per la lusinga di portare un alleviamento alle sue forme vertiginose riflesse. L'operazione col metodo classico di Stacke fu eseguita il giorno 19 dicembre 1893 alle 10 antimeridiane. L'operazione durò circa un'ora: la paziente dopo l'operazione era assai abbattuta e fui costretto quindi a ricorrere a iniezioni di etere e di caffeina. Verso la sera le forze si riebbero alquanto e nella notte potè riposare qualche ora. La temperatura salì a 39°, e nel giorno successivo a 38°; però la paziente mi disse che la testa le sembrava meno pesante. Nei giorni successivi la temperatura ritornò normale: diminuirono dapprima i dolori e successivamente anche i rumori: le vertigini continuarono ancora per sei giorni consecutivi, divenendo poi sempre meno gravi e meno frequenti. Verso la metà di gennaio, nel mentre erano scomparse totalmente le vertigini, insorsero dolori violenti al sincipite ed alla nuca, perdè l'appetito e avvertì una grave prostrazione di forze: verso la fine dello stesso mese ricomparvero anche parzialmente i rumori, ma cambiati nell'altezza del tono e nella frequenza. Senonchè un giorno fu presa improvvisamente da un vivo dolore all'orecchio e nello stesso tempo da uno scolo abbondante e fetido di pus cremoso e denso. Da questo momento scomparvero completamente e rumori e dolori, da questo momento non si ripetè il più lieve attacco vertiginoso. Ha ripreso il senso del gusto, cammina con passo libero e sicuro, può applicarsi a qualunque lavoro mentale, benchè si senta facilmente stanca. Mai più ricomparvero le vertigini; però la suppurazione continua, e benchè assai scarsa, continua anche oggi: non ha più nè dolori nè senzazioni di trafitture all'orecchio. Ho riveduto pochi giorni fa, cioè dopo cinque mesi, la paziente e la trovai assolutamente nello stesso stato in cui la lasciai prima: la suppurazione è anch'essa quasi cessata. Tale è brevemente la storia di questa mia operata sulla quale, come ben s'intende, molto vi è da discutere.

Ho premesso a questa descrizione il concetto che l'otologia non deve lasciarsi sfuggire anche la terapia delle forme riflesse, e per dire il vero poco si è fatto su questo argomento. La vertigine detta di Menière può considerarsi divisa in due forme affatto distinte, una in cui le lesioni dell'orecchio medio riescono causa d'irritazione collaterale o riflessa dell'apparecchio ampollare, l'altra, cioè la forma classica, che sta in rapporto con lesioni dirette di detto apparecchio (Gradenigo). Il dottore William Dalby (Brit. med. Journ. 1894) è del parere che l'espressione «vertigine di Menière» debba soltanto mantenersi in quei casi dove non c'è alcuna alterazione dell'apparecchio di trasmissione del suono, dicendo semplicemente «vertigine uditiva» quella che è legata a lesioni dell'apparecchio stesso; in questo caso per vertigine di Menière s'intenderebbe soltanto un complesso di sintomi che si riassumono nella nausea, vertigine, vomito, sordità più o meno permanente, e che ha per base anatomica una esagerata tensione arteriosa e l'ateromasia dei vasi cerebrali; la vertigine uditiva invece è dovuta a lesioni dei canali semicircolari, giacchè in questi casi per lo più si trovano *post-mortem* dei materiali flogistici emorragici (Mackenzie).

Quali concetti clinici possano farci distinguere queste due forme è facile arguire, poichè nella vertigine uditiva abbiamo sempre lesione dell'apparecchio di trasmissione; la vertigine di Menière è di pertinenza del nevrologo, la vertigine uditiva, dell'otologo.

La letteratura otologica può dire ormai quali e quante siano le forme nervose in dipendenza di malattie dell'orecchio. Gli attacchi isterici come forme riflesse, l'epilessia corticale per lente pachimeningiti soprapiramidali, le paranoie, certi stati melanconici ecc. ecc. dei pazienti che da lungo tempo portano un'otite cronica suppurata, costituiscono un ricchissimo capitolo di forme per le quali le conquiste curative non saranno certo lontane. Non dobbiamo anche in questi casi aspettare che il chirurgo invada pure questo campo, poichè esso costituisce una legittima proprietà dell'otologia, come lo sono del pari gli ascessi extradurali, le tromboflebiti dei seni, gli ascessi cerebro-cerebellari.

Riguardo poi al decorso di queste forme riflesse non è sempre giusto il poter dire che esse guariscano da sole in un tempo più o meno breve e che anche la forma di vertigine uditiva in 3 o 4 anni può guarire perfettamente. Questo è pur un magro conforto che noi possiamo dare al paziente. D'altronde è anche risaputo ad esuberanza che le forme di allucinazioni dell'udito (rumori) possono sì, è vero, guarire, ma possono anche condurre il paziente a forme sistematizzate, a vere paranoie, a tentativi di suicidio. In queste condizioni credo anch'io, ed a ragione, che nulla possa fare l'otologia.

Più volte ho sentito ripetermi da qualche paziente che i rumori erano tanto intollerabili che perfino la vita riuscivagli noiosa; del pari possiamo ripetere per la vertigine uditiva quando essa è portata al suo massimo sviluppo, quando cioè vi sono attacchi così frequenti e così violenti da non poter concedere al paziente posizione alcuna di riposo, nè a letto, nè seduto, nè in piedi.

Non è raro, e ciò sarà capitato a tutti i miei colleghi, di aver constatato la scomparsa di leggiere forme di vertigine uditiva in seguito alla asportazione di tumori o granulazioni della cassa timpanica; anche la semplice lavatura del pus può dare lo stesso fatto. Forsechè in questi casi non era indicato l'atto operativo? Quante volte i pazienti non si presentano colla forma lieve di vertigine uditiva, e non si riscontra che un cerume!

Anch'io convengo che l'anatomia patologica non è ben chiara su questo argomento, ma se il chirurgo non dovesse operare che ciò solo che gli è noto dall'anatomia patologica, ben più limitata sarebbe l'opera sua. Egli non praticherebbe più la resezione del 5° paio o delle sue branche se, aspettando il responso dell'anatomo-patologo, non si curasse del sintomo clinico, il dolore; non più il clinico applicherebbe i poli di una corrente elettrica sulla zona motrice di un cervello messo a nudo come cura delle epilessie cosiddette idiopatiche; non più il ginecologo asporterebbe parte o tutto l'apparecchio genitale femminile nelle forme riflesse, se di ognuna di esse desiderasse il responso anatomico.

Anch'io convengo che la diagnosi di questa forma di vertigine uditiva è assai difficile perchè noi conosciamo una grande varietà di forme vertiginose, fra cui quelle cerebellari, midollari, gastriche, visuali, laringee,

cardiache, per lesioni del vago, la vertigine di Gerlier, di Cardarelli, ecc. ecc. e siamo costretti a trovare una diagnosi differenziale fra loro. Questa diagnosi differenziale c'impone quindi dei grandi riguardi ed una grande circospezione, ma è d'altra parte vero che ciascheduna forma ha dei caratteri proprii che l'otologo deve conoscere.

Inoltre la massima parte degli stati vertiginosi sono forme riflesse, e nullameno per alcune interviene una cura che qualche volta è anche chirurgica.

Così, ad esempio, è indicato l'intervento anche chirurgico (lavature dello stomaco) nella vertigine da catarro gastrico, poichè esso ne modifica le condizioni della mucosa; così del pari sappiamo che la vertigine spinale è legata a sclerosi del midollo, ma quando noi avremo potuto modificare le condizioni del midollo, avremo ottenuto anche la scomparsa delle vertigini stesse.

Impressione vivissima ne risentono il pubblico ed anche i medici quando per correggere questo sintomo si parla di trapanazione o di asportazione di ossa del cranio in vicinanza ad organi delicatissimi; ma queste sono impressioni di poco momento e di poca durata se i risultati corrisponderanno alle promesse ed alle speranze; in tal caso questo atto chirurgico non sarà più un'operazione di elezione, ma diverrà necessario ed urgente.

La cura medica di questa forma è assai incerta, e nevrologi ed otologi lo possono affermare; Charcot, somministrando la chinina, era convinto che in questa forma si trattava certamente di un fatto congestivo labirintico, poichè la chinina agisce appunto come decongestivo. Come dissi in altro mio lavoro, sono del pari convinto che la forma di vertigine uditiva predomini nel sesso femminile, e specialmente nei soggetti a grande sviluppo nervoso o in quelli in cui si notano esaurimenti nervosi (nevrastenici); in questi casi però la vertigine uditiva è quasi una stimmate che li fa classificare fra gli emotivi ed i paranoici. Escludo poi anche che in questi soggetti la vertigine uditiva possa originarsi per suggestione, poichè essa è poco nota ai profani e perchè trovasi comunque congiunta a lesioni auricolari. Nella mia paziente, in seguito all'otite, si svolsero suppurazione e sordità; e questa è cosa nota a tutti, ma non è nota però la comparsa delle forme vertiginose. Quando io per la prima volta asportai membrana e martello, togliendo così una parte causale dei suoi disturbi e l'ammalata migliorava, non sapevo certamente che si potesse ancora tentare qualche altro atto operativo, e nullameno le vertigini comparvero ancora, e con maggiore intensità. Si può obbiettare ancora che se si tratta di un fatto congestivo ampollare, le deplezioni sanguigne o le irritazioni sul mastoide potrebbero giovare; e questo è anche vero, ma nello stesso tempo bisogna anche pensare che ciò non toglie la causa della compressione labirintica. In base a queste mie osservazioni si può ritenere adunque che:

1. La forma di vertigine che diciamo uditiva può essere accompagnata a disturbi della zona psicomotrice.

2. Havvi una forma di vertigine cerebellare simile all'auditiva, ma in cui mancano i disturbi psichici; questa forma si riscontra negli ascessi cerebellari otitici.

3. Si può qualche volta provocare un attacco di vertigine uditiva con la esplorazione arcuata della cavità media dell'orecchio e specialmente dell'attico.

4. L'ablazione del martello e dell'incudine, o di tutti e due, non guarisce definitivamente il paziente, ma tocca solo provvisoriamente la causa della compressione.

5. Le sottrazioni di sangue e la chinina giovano solo quando i fenomeni di compressione derivano da alterazioni vasali e non sono legati ad un fatto anatomico dei canali semicircolari; i bromuri, i mercuriali, il colebico giovano nella forma di Menière non legata a lesioni dell'apparecchio di trasmissione.

6. L'operazione di Stacke è il solo atto operativo che possa determinare una guarigione permanente; essa deve però essere riservata alle forme di vertigine uditiva più gravi ed a quelle in cui si possa ammettere una vera lesione anatomica limitata ai canali semicircolari.

La presentazione di questo caso di vertigine uditiva, o signori, non è certo, come dissi, una novità, poichè Burnett, Lexton, Schwartze ed altri moltissimi colleghi ottennero brillantissimi risultati; ma essa ha uno scopo, di svegliare, cioè, in codesto onorevole consesso una discussione sulla cura delle forme nervose di origine auricolare. Non è vero che quando qualcuna di queste forme è passata nel campo della psichiatria o della nevrologia, noi non dobbiamo più occuparcene; esse appartengono ancora alla nostra specialità, la quale sola può determinarne la patogenesi ed in molti casi anche la cura. Dove mettiamo noi, per ripetere ancora, le epilessie corticali da pachimeningiti soprarocciose, dove le nevralgie del 5° paio legate a croniche suppurazioni dell'orecchio medio? Il nevrologo non può assegnare esattamente il momento causale ed il chirurgo si troverà pure perplesso, giacchè, non conoscendo le condizioni anatomopatologiche della cassa timpanica, sarà incerto se il punto di elezione per l'atto operativo debba essere nell'orecchio medio o piuttosto sulla regione cranica corrispondente alla zona motrice. E se queste osservazioni valgono per le forme epilettiche auricolari, valgono pure per tutta l'altra serie di entità morbose psichiche e sensitive in rapporto alle malattie dell'orecchio, e che qui è inutile che io rammenti.

Discussione

Dr. **S. Moos** (Heidelberg): ist mit der Unterscheidung Gradenigo's beim Menière-Schwindel in Reiz- und Lähmungs-Erscheinungen und seiner Erklärung einverstanden, und hat diese Ansicht bereits 1891 ausgesprochen in seiner Monographie über epidemische Cerebrospinalmeningitis.

Seconda Seduta.

31 Marzo 1894, ore 9.

Presidente: Prof. POLITZER (Vienna).

Prof. **W. Kirchner** (Würzburg):

Pathologische Mittheilungen.

1. *Nekrose des Proc. mastoid.* — Der Vortragende demonstrirt einen Sequester von beträchtlicher Grösse, der den ganzen Warzenfortsatz und einen grossen Theil der Schuppe enthält. In demselben lassen sich die zelligen Hohlräume deutlich unterscheiden, ferner ein Theil der hinteren oberen Wand des knöchernen Gehörganges. An der inneren Fläche des Sequesters sieht man eine ca. 25 mm. lange bogenförmige Rinne, zum Theil noch mit glatter Wand versehen, die dem Verlaufe des Sin. transv. entspricht und r. in der Fossa sigmoid. Ein Fistelgang an der Basis des Warzenfortsatzes führt in das Antrum mastoid. An der hinteren Partie des Proc. mastoid. sieht man auch noch deutlich die Fissura mastoid. erhalten.

Das Präparat entstammt einem Kinde von fünf Jahren, das nach einer schweren Rachen-Diphtheritis längere Zeit an einer doppelseitigen Otit. med. suppur. chron. litt. An der rechten Seite heilte der Entzündungsprocess ohne Nachtheile zu hinterlassen aus. Links dagegen blieb noch eine geringe Otorrhoe bestehen und es entstand ein spontaner Durchbruch des Processus mastoid. Nachdem längere Zeit keine Heilung der zurückbleibenden Fistel eingetreten war, kam der Patient in Behandlung des Vortragenden. Es wurde in der üblichen Weise operativ vorgegangen, um mit Meissel und scharfem Löffel alles Krankhafte zu entfernen. Es fand sich nun in der Tiefe ein ausgedehnter Sequester, der vorsichtig von den noch adhärirenden Weichtheilen losgelöst wurde; eine Blutung aus dem Sin. transv., die, wie sich aus dem Sequester ersehen lässt, noch am ersten zu befürchten war, trat nicht ein.

Die Heilung ging ohne Störung vor sich, auch keine Lähmung des Nerv. facialis erfolgte. Schon eine Woche nach Entfernung des Sequesters sistirte der geringe Ausfluss aus der Paukenhöhle, die geringe Hyperämie am Trommelfelle schwand und das Gehör war bereits in der zweiten Woche nahezu als normal zu bezeichnen, indem Flüstersprache mit diesem Ohre auf 7 Meter Entfernung vollkommen nachgesprochen werden konnte; auch die Wunde am Proc. mastoid. schloss sich ungewöhnlich rasch.

Besonders bemerkenswerth erscheint in diesem Falle der isolirte Entzündungsprozess und die bedeutende Zerstörung in den mit der Paukenhöhle in nächstem Connexe stehenden Theilen des Warzenfortsatzes und der Schuppe, ohne dass ein Nachtheil für das Gehörvermögen erfolgte, da das Trommelfell, die Gehörknöchelchen und die Paukenschleimhaut in auffallender Weise intact blieben.

2. *Nekrose der Schnecke.* — Der Vortragende legt einen Sequester vor, der bei einer 16jährigen Patientin, die lange Zeit an Otit. med. suppur. chronic. gelitten hatte, zufällig beim Ausspritzen des Ohres entfernt wurde. Wie sich aus der Betrachtung des Präparates ersehen lässt, liegt hier eine totale necrotische Ausstossung der Schnecke vor. Solche Fälle sind schon wiederholt beobachtet worden und haben zu eingehender Discussion über die Schallperception im Gebiete der Labyrinththeile geführt. Die Hörprüfungen ergaben im vorliegenden Falle folgendes Resultat:

Auf die Ergebnisse der Prüfung mittels Sprache wurde nach verschiedenen Versuchen kein besonderer Werth gelegt, da sich nicht mit Sicherheit die vollkommene Ausschliessung des anderen Ohres annehmen liess. Es sollen daher hier nur die Ergebnisse von Stimmgabel-Versuchen angeführt werden:

Der Ton einer kräftig angeschlagenen auf den Proc. mastoid. des schneckenlosen, linken Schläfenbeins aufgesetzten Stimmgabel — gleichviel ob hohe oder tiefe Töne zur Anwendung kamen — wurde auf diesem Ohre bestimmt gehört und nach Höhe oder Tiefe unterschieden. Die Patientin gab an, dass nach ihrem Gefühle der Ton nach einiger Zeit langsam verschwinde und dabei von der linken Seite in das besser hörende rechte Ohre über die Stirngegend wandere; wurde aber die Stimmgabel nur schwach angeschlagen oder auf die Mitte der Stirne, auf die obere Partie der Schläfenbein-Schuppe aufgesetzt, so hörte die Patientin den Ton nur in dem besser hörenden rechten Ohre.

Von der Mittellinie des Ober- und Unterkiefers aus wurde beim Aufsetzen der Stimmgabel an die Schneidezähne der Ton in dem rechten, gut hörenden Ohre vernommen, rückte man gegen die linke Seite hin und setzte die Stimmgabel auf die linken Backzähne, so wurde der Ton in dem schneckenlosen linken Ohre deutlich vernommen, nicht mehr rechterseits.

Die Patientin war intelligent, von einer absichtlichen Täuschung konnte keine Rede sein und sollte die Patientin einer unbewussten und unabsichtlichen Täuschung über die Richtung des Schallen unterworfen gewesen sein, so würde daraus eine neue Frage entstehen, die zu einer weiteren hypothetischen Erklärung auffordert, wodurch wohl diese unbewusste Selbsttäuschung ermöglicht und veranlasst werden könnte.

Bezüglich der Erklärung dieses Falles lässt sich annehmen, dass die wenn auch geringe Gehörsempfindung auf dem schneckenlosen Ohre darauf zurückzuführen ist, dass vielleicht doch noch ein geringer Rest von dem Endapparate des N. acustic. in der Schnecke erhalten blieb, oder dass durch den Nervenstumpf die Schallperception ermöglicht würde oder durch Theile des Vorhofes oder der Ampullen.

Den geschilderten Zustand bei der Stimmgabelprüfung hatte der Vortragende noch drei Jahre nach der ersten Untersuchung in derselben Weise constatiren können, später sah derselbe die Patientin, welche sich unterdessen verheirathete, nicht mehr.

3. *Zur Gymnastik des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.* — Der Vortragende demonstrirt zwei einfache Apparate zur Vornahme von Luftverdünnung im äusseren Gehörgange mittels Anziehen und Saugen mit dem Munde. Auf diese Weise soll das Trommelfell resp. die Kette der Gehörknöchelchen bei Spannungs-Anomalien und Verwachsungen in rhythmische

Bewegungen versetzt und dadurch einer weiteren Zunahme von Adhäsionen vorgebeugt werden.

1. Der bekannte Siegle'sche Trichter in etwas verkleinerter Form ist mit einem Gummischlauche, an dem ein Mundstück angebracht ist, verbunden. Damit nicht verschiedene Stoffe aus dem Gehörgange durch das Anziehen und Saugen in den Mund des Untersuchers gelangen können, ist in den Gummischlauch eine kleine Glaskugel eingeschaltet, in die als Filter ein Wattebäuschchen gebracht wird, welches von Zeit zu Zeit beliebig erneuert werden kann.

2. Ein einfacher Gummischlauch von 45 Centim. Länge mit Mundstück und einem Ansatze zum Einstecken in den äusseren Gehörgang. Ebenso wie bei dem oben erwähnten modificirten Siegle'schen Trichter ist auch hier eine Glaskugel mit Wattebausch als Filter eingeschaltet. Dieser Apparat eignet sich besonders gut zur längeren Selbstbehandlung, da die Anwendungsweise von den Patienten sehr leicht zu lernen ist.

Rhythmische Luftverdünnung im äusseren Gehörgange wirkt bekanntlich bei Spannungs-Anomalien sehr günstig, Ohrgeräusche werden dadurch bedeutend gemindert, zuweilen gänzlich beseitigt. Der Vortragende hat seit vielen Jahren mittels dieser einfachen Gummischläuche derartige Affectionen behandelt, später auch mittels der von Delstanche angegebenen Rarefacteurs. Wegen der Billigkeit und Einfachheit empfehlen sich diese angegebenen, hier vorgelegten Apparate, besonders auch in Kliniken und Ambulatorien, für minder bemittelte Patienten.

Discussione

Prof. **De Rossi** (Rome): J'ai demandé à M. Kirchner s'il avait fait l'expérience de l'ouïe par les ondes aériennes, car j'ai eu un cas dans ma clinique, un cas très ancien (il y a vingt ans), dans lequel l'ouïe par les ondes aériennes paraissait conservée, malgré la perte complète du limaçon.

Dans ce cas, il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans: nous avions bouché l'oreille saine avec de la cire, de la gutta-percha ramollie, et malgré cela la malade entendait la voix chuchotée d'un bout à l'autre d'une grande chambre.

Nous avons alors fait un trou dans une porte qui communiquait avec une autre chambre, nous avons passé par le trou un tube en caoutchouc et nous avons parlé dans l'entonnoir qui était à une extrémité du tube, pendant que l'autre extrémité était introduite dans le conduit auditif de l'oreille malade de la petite fille qui se trouvait dans la chambre à côté de celle où nous parlions.

Alors seulement nous avons pu constater que l'ouïe était complètement abolie et que la patiente ne pouvait entendre que de l'oreille saine, à travers les os du crâne.

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Ricorda, oltre alle tre ipotesi avanzate da Kirchner per spiegare la laterizzazione del D. V. dal lato malato in casi di eliminazione necrotica delle chiocciole, anche quella difesa da Bezold, che si tratti cioè in tali casi di un semplice fenomeno di risonanza, dato dalle cavità alterate dell'organo dell'udito. Si ritiene che se si istituisce

l'esperimento mediante suoni deboli, come quello d'un orologio, o dell'acumetro osteo-timpanico, suoni deboli, sui quali la risonanza non si fa udire, il risultato sarebbe molto facilmente opposto a quello che si ottiene col diapason.

Dr. **L. Ganderer** (Riga): Zur Demonstration des Luftverdünnungsapparates zur Gymnastik des Trommelfelles möchte ich mir die Bemerkung erlauben, dass bei sehr starker Aspiration, d. i. bei sehr starker Luftverdünnung im äusseren Gehörgange zuweilen Hyperämien erzeugt werden können. Nun soll aber dieser Apparat dem Patienten zum Selbstgebrauch übergeben werden, die Stärke der Aspiration kann man aber in solch einem Falle nicht controlliren, der Patient kann sich daher bei zu kräftigem Gebrauch Hyperämien resp. Hämorrhagien erzeugen. In der Poliklinik hat man es meistens mit dem wenig intelligenten Publicum zu thun, der Patient glaubt vielleicht, je kräftiger und je häufiger er die Aspirationen macht, um so besser. und kann sich vielleicht dadurch leicht Schaden zufügen. Daher glaube ich, dass man diesen Apparat dem Selbstgebrauch des Patienten nicht in jedem Falle überlassen kann, sondern mit der nöthigen Vorsicht nach gehöriger Unterweisung in der Gebrauchsanwendung.

Kirchner: bemerkt bezüglich der Befürchtung, dass man die Luftverdünnung im äusseren Gehörgange den Patienten nicht gut zum Selbstgebrauche überlassen könne, da dadurch Schaden verursacht werden könne, der Druck, den man durch Saugen ausübe sei kein starker: der Vortragende hat seit einer Reihe von Jahren dieses Verfahren mit gutem Erfolge zur Beseitigung von Ohrgeräuschen, öfters auch mit folgender Verbesserung des Gehörs angewendet, ohne Nachtheile davon gesehen zu haben. Man belehrt die Patienten, dass die Anwendung zu unterbleiben hat, wenn Schmerzen im Ohre oder verstärkte Ohrgeräusche sich einstellen sollten. Hämorrhagien kommen bei Anwendung des Rarefacteurs von Delstanche wegen des stärkeren Druckes häufiger vor. Durch die Luftverdünnung mittels Saugen mit dem Munde lässt sich der Druck auch leichter moderiren.

Doct. **M. E. Gellé** (Paris):

Du massif osseux du facial et de ses lésions.

Après lecture de son travail, le docteur Gellé donne les conclusions suivantes:

1. La caisse du tympan et les cavités mastoïdiennes sont séparées incomplètement en haut, totalement en bas, dans les $^2/_3$ inférieurs, par une lame osseuse, épaisse, compacte, qui forme à la fois la paroi postérieure du conduit auditif externe et celle de la caisse; de sorte que, susceptibles d'être remplies simultanément, ces cavités ne se vident qu'isolément, indépendamment l'une de l'autre.

2. Considérant l'importance pathogénique de cette cloison osseuse. l'auteur la caractérise d'une façon précise par son rapport anatomique le plus saillant, et la nomme « le massif osseux du facial ».

3. Le canal de Fallope traverse ce massif de haut en bas et de dedans en dehors, d'abord situé en avant de lui, il lui devient postérieur en bas. On peut lui considérer: 1. Une portion intra-tympanique; 2. Une portion tympanique, au point où sa direction croise le cadre tympanal oblique en sens inverse; 3. Une extra-tympanique, mastoïde, qui contourne la paroi postérieure du conduit auditif hors du cadre.

Il est auriculaire toujours dans ces trois portions au point de vue pathologique.

4. Le point d'intersection du canal avec le bord postérieur du cadre répond au grand diamètre horizontal de la membrane du tympan, passant par l'umbo. A ce niveau, le facial se trouve situé parfois à 2 millimètres seulement de la surface du conduit auditif, souvent à 3 millimètres; et à 4 mm. rarement, chez l'adulte.

5. Dans son trajet extra-tympanique, le canal de Fallope côtoie la paroi postérieure du conduit, qu'il contourne pour lui devenir inférieur. L'étendue du contact ne dépasse pas 5 millimètres; c'est-à-dire qu'à 5 mm. du pôle inférieur du cadre du tympan, le canal cesse d'avoir rapport avec la paroi du conduit.

Dans cet espace, le facial passe à la profondeur de 2 à 4 millimètres au plus de la surface de celui-ci.

6. L'épaisseur de la lame osseuse, qui forme les parois postérieures du conduit et de la caisse tout à la fois, est très inégale; souvent les cellules aériennes affleurent près du conduit.

Ces points de moindre résistance ont paru plus nombreux et plus fréquents auprès du cadre.

Souvent du côté mastoïdien la lame osseuse compacte est à nu sur une surface étendue; et l'on voit le canal de Fallope saillant de ce côté, au milieu de larges cellules communiquant avec l'antre agrandi.

Ces variétés anatomiques expliquent les complications, la formation des fistules mastoïdes, ouvertes dans le conduit, etc.

7. Une section faite dans le sens du plan perpendiculaire à la surface temporale du crâne, au niveau du trou auditif, et dirigée vers le bord postérieur du cadre tympanal, tombe sur le canal de Fallope, qu'elle coupe, et sur la paroi postérieure de la caisse.

Elle ouvre l'hiatus mastoïde, laissant l'antre en arrière et l'attique en avant.

Ainsi j'établis une ligne fictive, repère utile pour la limitation des cavités otiques dans lesquelles on veut donner accès[1]).

8. En ouvrant le fond du conduit auditif, par sa paroi supéro-postérieure à 3 millimètres en arrière de cette ligne de section fictive, on arrive directement sur l'antre mastoïde, sans toucher le facial: c'est là un point de repère important.

9. En ouvrant le conduit, en avant de cette ligne fictive, sur une hauteur de 4 à 5 mm. au-dessus du cadre, on abat le mur de la logette des osselets et on ouvre l'attique.

10. La limite extrême de l'antre mastoïde est de 6 à 8 mm. en arrière de la ligne de repère; au delà on touche le sinus latéral.

[1]) Pour ces repères lire les détails dans le travail in-extenso.

11. L'ouverture de l'antre ne peut être suffisante et utile que si elle est faite à travers l'apophyse mastoïde, le massif osseux du facial constituant une cloison étanche entre la caisse, le conduit et lui.

Pour satisfaire strictement aux indications dans l'abcès intra-mastoïdien compliquant l'otite suppurée, il faudra donc: Ouvrir les cellules mastoïdes, puis la paroi postérieure et supérieure du conduit jusqu'à 5 mm. du cadre. et là creuser au-dessus du niveau du cadre et en arrière de la ligne de repère indiquée pour ouvrir l'antre.

12. L'ouverture de l'attique est facilitée par la notion de la ligne fictive, en avant de laquelle la paroi supérieure du conduit doit être enlevée dans une étendue de 5 mm. au plus, à partir du cadre.

Cette opération n'ouvre jamais suffisamment l'antrum; le bord supérieur du massif osseux s'élève toujours bien au-dessus du cadre tympanal parfois de 4 à 5 millimètres.

De là, l'idée de réunir, dans une même opération, l'ouverture de l'antre, de l'attique et des cellules mastoïdiennes.

13. Au point de vue pathogénique, on sait que par la présence de cette cloison osseuse, incomplète en haut, la caisse et les cellules mastoïdes et l'antre, liés fatalement sous le rapport pathologique (infection, décubitus), sont presqu'absolument séparées quand il s'agit d'appliquer les soins topiques (irrigations, drainage, désinfection etc.).

Le conduit draine seulement la caisse du tympan.

L'obstacle est le massif osseux du facial; dans sa partie tympanique on n'y peut toucher sans danger. De là, la nécessité de créer une voie spéciale artificielle pour vider et traiter les cavités otiques placées derrière lui.

De là aussi les retentions de pus, puis les caries, les fistules osseuses, les séquestres de ce massif, et des otorrhées interminables; de là surtout la complication grave de la paralysie faciale, des tics de la face.

14. La paralysie faciale peut compliquer la suppuration intra-mastoïdienne sans lésion osseuse apparente ni sur le conduit, ni sur la paroi postérieure de la caisse (lésion de la partie extra-tympanique du canal de Fallope.

15. Le facial peut être altéré dans les lésions du massif osseux (caries, fongosités, nécroses) dans son trajet tympanique (voir observation) et au niveau du cadre tympanal.

16. La paralysie faciale peut être observée dans l'otorrhée due à des lésions osseuses du fond du conduit, en dehors de la caisse; car, les fistules mastoïdes de la paroi postérieure du conduit, toujours plus ou moins rapprochées du cadre tympanal, sont très fréquentes.

Les polypes insérés ou issus de trajets fistuleux situés au même point, c'est-à-dire en dehors du tympan, associés ou non à la paralysie faciale, ne le sont pas moins.

Leur ablation peut l'amender rapidement, si elle existe. Elle a pu en provoquer l'apparition. Une balle de revolver peut léser le facial dans ce trajet, l'ouïe étant conservée et l'appareil de transmission intact, même avec le tympan perforé.

17. La présence du facial dans cette région otique paralyse les efforts de la chirurgie; la gravité des lésions et des complications (pyoémie, séquestre énorme) peut être telle qu'il faille sacrifier ce nerf pour remplir l'indication principale (opération du docteur Chapu).

18. Dans l'otorrhée avec séquestre situé en ce lieu, il y a intérêt, avant d'intervenir *manu armata*, d'attendre que la mobilisation, et la séparation de la partie nécrosée soient faites par le travail d'élimination spontanée, sous peine, pour l'opérateur, de prendre la responsabilité d'accidents aussi désagréables que la paralysie de la face et la déformation indélébile des traits.

19. Dans l'opération du curettage des surfaces osseuses, fongueuses et cariées, il est prudent de traiter avec une grande légèreté de main les divers points du massif osseux, qui est le plus souvent atteint dans l'otorrhée, soit dans sa partie intra-tympanique, soit dans l'extra-tympanique si voisine du facial aussi.

20. Dans les traumatismes du crâne; suites de chûtes avec otorrhagie, paralysie faciale, etc., la lésion peut être limitée à l'écrasement du canal de Fallope, avec compression du nerf par l'hémorragie; l'audition alors reparaît dès que le conduit est débarrassé, et les mouvements de la face se rétablissent après la résolution de l'épanchement.

Discussione

Prof. **V. Grazzi** (Firenze): Trova importantissima la comunicazione del dottore Gellé, specialmente per la pratica, perchè in generale quando la paralisi del facciale complica, od è la conseguenza di neoplasie sviluppatesi in fondo al condotto uditivo o nell'orecchio medio, asportando la neoplasia la paralisi migliora, o guarisce. Invece, nel caso di cui ha parlato il dottor Gellé, nel principio della sua comunicazione, la paralisi si è prodotta dopo l'asportazione di un polipo esistente nel fondo del condotto uditivo. Egli ha saggiamente ricercata, per mezzo di osservazioni anatomiche, la ragione del fatto in apparenza strano ed i pratici devono essergli grati per le conclusioni alle quali è giunto e che tutti dobbiamo ricordare operando nel condotto uditivo o nella cassa timpanica.

Gellé: expose qu'il lui est arrivé dans les explorations du conduit, avec le stylet coudé fin, de pénétrer dans le trajet fistuleux et de voir se produire des spasmes musculaires et des grimaces du côté de la face correspondant; il y a donc un certain nombre de cas où le canal de Fallope affleure la paroi postéro-inférieure du conduit à trois millimètres du cadre tympanal.

Prof. **A. Politzer** (Vienne):

Etudes anatomiques sur une nouvelle forme de maladie de l'oreille, avec démonstrations.

Le professeur de Vienne montre sur la base d'une série d'observations cliniques et d'autopsies que dans un nombre considérable de cas, jusqu'à présent rangés parmi les catarrhes chroniques secs (scléromateux), la base anatomique est à rechercher dans une maladie primaire de la capsule labyrinthique osseuse, qui consiste dans une inflammation circonscrite aux

abords de la fenêtre ovale, qui produit une prolifération du tissu osseux de nouvelle formation vers la fenêtre ovale, ankylose de l'étrier et fermeture de la fenêtre ovale.

Discussione

Prof. S. **Moos** (Heidelberg): hat vor 30 Jahren einen einschlägigen Fall beobachtet, der nach Erysipel aufgetreten: heftige immer mehr an Heftigkeit zunehmende subjective Geräusche. Abnahme der Hörschärfe, zuletzt nur Hörvermögen für Sprache mit Hörrohr. Section: Schädelhyperostose, Felsenbeinhyperostose, Verschmälerung aller Oeffnungen am Felsenbein, der runden Fenster, Ankylose beider Stapes mit buckliger Auftreibung der Platte, Durchmesser der Schneckenskalen über ein Millimeter dick, Verschmälerung des Binnenraums der knöchernen Halbzirkelgänge, Atrophie der häutigen. Keine Veränderung im Nerv.

Doct. **H. Colladon** (Genève): Remercie au nom de la Section M. le professeur Politzer de sa très intéressante communication, qui est une conquête nouvelle dans le champ de l'otologie et ajoute un fleuron à sa couronne. Il est probable que, si une statistique de l'étiologie de la lésion osseuse labyrinthique eût pu être rigoureusement établie, — l'arthritisme aurait été trouvé la cause primitive de ces lésions analogues à celles qu'il développe dans d'autres régions. Le traitement ioduré est évidemment le mieux adapté à cette affection, conjointement avec les prescriptions diététiques et hygiéniques.

Doct. **Madeuf** (Paris): Le docteur Madeuf demande au professeur Politzer si les formations osseuses qu'il a constaté dans l'oreille ne se rencontrent sur aucune autre partie du système osseux.

Prof. **Politzer**: répond que malgré un examen très bien fait, ces néoformations sont bien localisées à l'endroit qu'il a décrit.

Doct. **S. Moos** (Heidelberg):

Histologie des deux os pétreux d'une jeune fille devenue complètement sourde à la suite d'une fièvre scarlatine; mort par une méningite purulente.

En mai 1886, l'enfant bien portante jusque-là fut atteinte de fièvre scarlatine et de diphtérie du naso-pharynx. Le quatrième jour, il survint une otite moyenne purulente aiguë bilatérale. L'enfant n'entendait plus que les bruits très forts; vertige, marche chancelante. Elle se plaignit longtemps d'otalgie constante et de céphalalgie fréquente, surtout pendant la nuit. En janvier 1889, elle eut la rougeole et l'écoulement des deux oreilles devint plus abondant. Le 15 janvier 1889, l'enfant fut admise dans la clinique des maladies des yeux d'Heidelberg pour une conjonctivite membraneuse de l'œil gauche. La température était de 39°,8. L'enfant avait eu en

outre une bronchite diffuse, les glandes sous-maxillaires douloureuses et gonflées, des maux de tête et des douleurs abdominales. La sécrétion purulente fétide de l'oreille droite s'arrêta au bout de quelques jours, celle de l'oreille gauche, le 21 janvier, et la température tomba à 38°, pour remonter à 40°,4, le 27 janvier, après avoir oscillé entre 38° et 39°. L'otorrhée se rétablit à gauche et dura jusqu'à la mort; à droite, elle ne reparut que pendant un jour. Il y avait surdité complète pour la voix, somnolence. Mort, le 29 janvier, sans symptômes prémonitoires spéciaux. Du pus brunâtre s'écoulait par le nez depuis le 28 janvier.

Diagnostic clinique. — Méningite, conjonctivite membraneuse, bronchite diffuse, otite moyenne purulente bilatérale.

L'autopsie fut faite, le 30 janvier, et montra une méningite purulente de la convexité et de la base, une hydrocéphalie interne, des glandes caséeuses sur la branche droite. Tuberculose disséminée des deux poumons. Nombreux tubercules caséeux dans la rate et les reins; tubercules disséminés dans le foie.

Examen macroscopique des deux os pétreux avant le traitement par l'acide osmique et la décalcification par l'acide chromique et l'acide nitrique. — Forte sclérose du toit osseux des deux caisses, muqueuse épaissie et rouge. A droite, exsudat épais sur les parois du méat osseux, membrane du tympan détruite jusqu'à la périphérie; marteau et enclume absents; étrier mobile, mais moins que normalement. Trompe osseuse très étroite. Muqueuse de la paroi labyrinthique d'un blanc grisâtre; celle de l'antre, rose et un peu épaissie. La partie en pente de la caisse du tympan couverte de pus. — A gauche, pus très fluide dans le conduit auditif externe et la caisse du tympan. Marteau et enclume absents, étrier mobile. Muqueuse de la trompe très étroite, et de l'antre fortement rouge. Membrane du tympan détruite jusqu'au bord. Du bord inférieur part une formation cicatricielle qui recouvre toute la paroi labyrinthique; un examen ultérieur montre qu'il s'agit d'une immigration épidermique provenant de la membrane du tympan.

Examen microscopique de l'oreille moyenne droite. — Sur quelques coupes, la base de l'étrier était déplacée latéralement et remplacée par du tissu conjonctif dense provenant de la face interne; le périoste interne hyperplastique était détaché. A droite et à gauche de ce tissu, il y avait des signes d'une inflammation récente. Une large bande de tissu conjonctif dense s'étendait sur l'entrée de la niche de la fenêtre ronde.

L'épithélium des niches des deux fenêtres avait été détruit par l'otite purulente finale. Les niches étaient remplies, en partie par du tissu granuleux, en partie par des cellules de pus, et, latéralement, par une grande quantité de cellules granuleuses polymorphes, colorées en noir par l'acide osmique. L'épithélium normal ne fut rencontré que dans la muqueuse située entre la fenêtre ronde et le plancher de la caisse. Le reste était dépourvu d'épithélium et de toute infiltration cellulaire. Une couche épidermique reliait la périphérie inférieure de la membrane du tympan au centre de la paroi labyrinthique. En dessus, jusqu'à la gouttière du tenseur du tympan, toute la muqueuse avait subi une transformation épidermique, à l'exception du revêtement des niches. L'entrée des deux niches était recouverte d'un pont épidermique.

Dans la muqueuse de la paroi labyrinthique, à 3 millimètres en dessous du canal du tenseur du tympan, il y avait un kyste ovale de 1 millimètre et demi de long et 1 millimètre de large, contenant un tissu colloïde et des éléments analogues aux cellules amyloïdes, qui avaient subi pour la plupart la dégénérescence adipeuse. Un autre kyste contenant en outre des éléments épithéliaux se trouvait dans la niche de la fenêtre ronde et mesurait 2 millimètres de long et 1 millimètre de large.

Oreille moyenne gauche. — Un pont épidermique de 2 millimètres de long va du bord inférieur de la membrane du tympan au plancher de la caisse et forme un arc se dirigeant vers la paroi labyrinthique. Il recouvre celle-ci, forme un pont sur les niches et se termine au-dessus de la paroi latérale du canal facial. La muqueuse est détruite jusqu'au périoste en deux points sur 2 à 3 millimètres de longueur. La partie conservée de la muqueuse présente une infiltration purulente dans les deux niches de la paroi labyrinthique et depuis la fenêtre ronde jusqu'au plancher de la caisse. En dessous du canal du tenseur et sur la base de l'étrier, il y a infiltration granuleuse dense sur une surface ovale de 2 millimètres sur 1 de diamètre. La muqueuse de la paroi labyrinthique est atrophiée.

Les fibres des muscles internes étaient remplacées des deux côtés par du tissu conjonctif; à gauche seulement il restait un très petit nombre de fibres normales.

L'oreille moyenne présentait des signes de nécrose osseuse récente, en partie guérie.

Labyrinthe droit. — Le nerf auditif est entouré de pus à partir du conduit auditif interne jusqu'au fond, partiellement infiltré de sang; ses fibres sont presque toutes détruites. Il ne reste que des résidus de vaisseaux avec leurs parois épaissies. Le nerf facial est affecté de même, mais moins gravement. La paroi latérale du canal de Fallope montre quelques lacunes d'ossification. Le nerf du vestibule et du saccule est entouré de pus.

Le limaçon avec son périoste interne est entièrement détruit au voisinage de la rampe tympanique; il ne reste plus que la couche superficielle du ligament spiral et des détritus contenant à peine quelques corpuscules osseux. Le modiolus jusqu'à la cupule et la lame osseuse de la première spire sont compris dans le processus purulent. Le ganglion spiral contient surtout du tissu conjonctif, quelques cellules ganglionnaires, la plupart atrophiées, et des débris osseux.

La première spire du limaçon montre une néoplasie osseuse dans la rampe tympanique, qui provient de l'otite scarlatineuse et atteint son plus haut degré au centre, de telle sorte qu'il est impossible de déterminer la limite entre le tissu osseux de formation nouvelle et la capsule du limaçon. Les points de départ de l'ossification sont le périoste de la face tympanique de la lame spirale osseuse, une couche de tissu conjonctif de formation nouvelle provenant de la membrane de la fenêtre ronde sur sa face interne, et enfin la couche de tissu conjonctif du ligament spiral. La portion vestibulaire de la lame spirale osseuse est remplacée par du tissu conjonctif. La membrane basilaire est épaissie et couverte, ainsi que la rampe vestibulaire, de groupes de granules ou cellules granuleuses, et de détritus. La membrane de Reissner est conservée, le ligament spiral infiltré de grandes cellules rondes.

Les ligaments du labyrinthe et en partie la crête acoustique sont plus ou moins infiltrés de cellules granuleuses, les vaisseaux sanguins engorgés, surtout vers le saccule. L'affection du canal semi-circulaire horizontal est importante. L'espace endolymphatique est entièrement oblitéré, l'espace périlymphatique en grande partie; l'os voisin est irrégulier, sinueux. L'espace endolymphatique est rempli de tissu conjonctif, ossifié en partie, et de vaisseaux sanguins.

Labyrinthe gauche. — La destruction purulente du nerf auditif et du nerf facial dans le conduit auditif interne est plus accusée que du côté droit. Le modiolus est complètement détruit sur plusieurs coupes et la suppuration s'étend jusqu'à la troisième spire.

La plus grande partie des deux rampes est ossifiée. Dans la portion restante de la rampe tympanique il y a des signes d'inflammation récente. La membrane de Reissner à moitié épargnée est couverte de granules, la lame spirale osseuse atrophique.

Dans la première spire du limaçon, l'organe de Corti manque presque complètement. La membrane de Reissner est rompue au centre et le résidu infiltré de pus. Dans le canal cochléaire il y a accumulation de cellules de pus et surtout de grandes cellules granuleuses. Le tissu conjonctif du ligament spiral est en partie épaissi, les vaisseaux sanguins sont fortement injectés. Tout le ligament jusqu'à l'os est infiltré de pus. Dans les deux autres spires, il n'y a pas trace d'inflammation ou suppuration récente.

La partie supérieure du canal semi-circulaire frontal est occupée par du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins à parois épaisses, mais contenant peu de sang. L'espace endo-lymphatique et l'espace péri-lymphatique sont réunis en une cavité commune remplie par ce tissu. Dans la partie inférieure les deux espaces sont séparés, mais l'espace endo-lymphatique est rempli de grandes cellules granuleuses.

L'aqueduc du limaçon est oblitéré. L'aqueduc du vestibule contient des cellules granuleuses; la paroi osseuse est sinueuse, probablement par suite de nécrose due à l'otite scarlatineuse.

La plupart de ces modifications proviennent de la panotite scarlatineuse, qui a certainement existé trois ans avant la mort: destruction des deux membranes du tympan, exfoliation du marteau et l'enclume des deux côtés, dislocation de l'étrier, ostéonécrose guérie, altération des muscles intra-tympaniques, formation de kystes, atrophie et transformation épidermoïdale de la muqueuse, cellules granuleuses de la paroi labyrinthique, tout cela dans la caisse. Dans le labyrinthe: néoplasie osseuse dans la première spire du limaçon, destruction ou métaplasie de la lame osseuse en tissu conjonctif, destruction de l'organe de Corti, etc.; altérations pathologiques des canaux semi-circulaires.

On peut considérer comme les résultats de l'affection terminale: l'inflammation purulente récente des niches des deux fenêtres, la nécrose récente du canal facial et de la niche de la fenêtre ovale, la nécrose bilatérale de la capsule du limaçon et la destruction partielle du tissu osseux de formation nouvelle dans la rampe tympanique de la première spire du limaçon droit, l'inflammation plus ou moins étendue des deux vestibules, la destruction des nerfs auditifs et d'une portion du nerf facial par suppuration et hémorragies.

Dr. **S. Szenes** (Budapest):

Ueber den therapeutischen Werth von Europhen, Alumnol, Diaphtherin und Antiseptin bei Ohreiterungen.

Meine Herren! In letzterer Zeit bringt jedes Jahr stets immer neuere und neuere Heilmittel, und da die Chirurgie der Zeit unter den Disciplinen der Medicin nahezu die grössten Triumphe feiert, die aber nicht nur mit Messer und Schere sondern auch mit den verschiedensten local angewandten Mitteln erzielt werden, ist's doch selbstverständlich, dass nebst der verschiedensten Instrumenten auch die Zahl der antiseptischen Heilmittel von Jahr zu Jahr in ziemlicher Progression heranwächst.

Von einer idealen Asepsis kann ja leider bei unseren Eingriffen nur in den wenigsten Fällen die Rede sein, weshalb man auch immer bestrebt sein muss je bessere Antiseptica in Anwendung zu bringen, deren unbedingte Nothwendigkeit zugleich, um leicht möglichen Intoxicationen vorzubeugen, eine Unschädlichkeit des betreffenden Heilmittels erheischt.

Da nun die Ohreiterungen ein ziemliches Contingent unserer Praxis bilden, hat jederman häufig Gelegenheit sich von dem therapeutischen Werthe der oft nur zu sehr gerühmten, leider aber eher so oft gar nichts nützenden Mittel zu überzeugen.

Offen gestanden, habe ich schon so häufig die absolute Werthlosigkeit der best empfohlenen Heilmittel erlebt, dass ich mich mit der Idee befasste nie früher solche zu versuchen, bis nicht andere Specialcollegen ihre Erfahrungen mitgetheilt haben.

Doch wenn ich bedenke, dass wir oft, *pro consilio* zugezogen, erfahren wie Vieles schon *sine resultate* versucht wurde, und wir eigentlich nur darum angegangen werden, um vielleicht doch etwas Neues oder zu mindest nicht Allbekanntes empfehlen zu wollen, da wir im widrigen Falle nicht als moderne und fortwährend forschende Fachmänner declarirt werden, bleibt uns schliesslich doch nichts Anderes übrig, als die neu auftauchenden Mittel der Reihe nach einer gewissenhaften, dabei aber strengen Prüfung zu unterziehen.

Dies will ich nun versuchen mit den vier Antisepticis: Europhen, Alumnol, Diaphtherin und Antiseptin, welche nicht nur als ausgezeichnete Antiseptica überhaupt empfohlen wurden, sondern auch in der rhino-, laryngo- und gynaecologischen, ja sogar in der chirurgischen Praxis von mehreren Seiten als gut bewährte Mittel die Feuerprobe erstanden.

Meine Erfahrungen, welche ich an 86 Kranken sammelte, bei denen ich nur zu häufig, nach mehrtägiger, resultatlosen Anwendung des einen oder des anderen Heilmittels, oft das betreffende Medicament von Neuem versuchte, belehrten mich leider vom Gegentheil, denn in den meisten Fällen konnte ich trotz des erwähnten 2- und 3maligen Wiederkehrens, überhaupt kein oder aber ein solch' geringes Resultat erzielen, wie ich es durch andere gar nicht bewährte Mittel sicherlich auch hätte erzielen können.

Die einzelnen Krankengeschichten in extenso mitzutheilen halte ich schon des geringen Werthes wegen für unnöthig, und ich beschränke mich daher bloss auf ein Résumé, welches ich aus meinen täglich gemachten Aufzeichnungen aller Fälle erzielte.

Auch sehe ich ab von einer Beschreibung der physikalischen Eigenschaften und der chemischen Zusammensetzung der genannten Mittel und will bloss im Allgemeinen nur so viel erwähnen, dass ich dieselben bei eitrigen Processen im äusseren Gehörgange und in der Paukenhöhle in Pulverform, nach einer vorherigen Reinigung und sorgfältigen Austrocknung des Ohres, dann angewendet habe, wenn die Indication einer Pulverbehandlung überhaupt bestanden hatte, um nicht etwa im widrigen Falle die eventuelle Verschlimmerung des Zustandes oder aber die Werthlosigkeit des Verfahrens auf Rechnung der Unnützlichkeit des betreffenden Mittels schreiben zu müssen.

Die erwähnten Antiseptica nun in dieser Weise angewendet, beobachtete ich, welche Wirkung dieselben auf die betreffende erkrankte Stelle local ausüben und wie sie sich dem Eiterherde gegenüber verhalten, d. h. ob sie etwa einen Einfluss auf die Eitersecretion aus üben und wie sie sich dem neu gebildeten Eiter gegenüber verhalten.

Bezüglich der einzelnen Heilmittel konnte ich nun Folgendes erfahren:

Europhen, bei 18 Kranken versucht, besitzt nicht einmal jene angebliche Eigenschaft, geruchlos zu sein, denn sein Geruch erinnert auf ein schlecht desodorirtes Jodoform, an dessen Stelle es eigentlich empfohlen wird.

.Wird Europhen in's Ohr insufflirt, so verursacht es gar kein subjectiv unangenehmes Gefühl, löst sich in dem Eiter nicht auf, so dass wenn die Eiterbildung profus war, ich am nächsten Tage den äusseren Gehörgang mit Eiter gefüllt fand, in der Tiefe war von dem Pulver nichts zu sehen, bei dem Ausspritzen des Ohres aber brachte das Spülwasser mit dem Eiter auch das am vorherigen Tage insufflirte Pulver heraus; war die Secretion gering, so fand ich schon bei der Spiegeluntersuchung das am vorherigen Tage insufflirte Pulver, von dem eine ganz dünne Schichte stellenweise am Trommelfell und in der Tiefe des äusseren Gehörganges angehaftet war und selbst mittelst Wattewicken nur schwer entfernt werden konnte.

Bei Paukenhöhleneiterungen konnte ich keine secretionsvermindernde Wirkung des Europhen beobachten, hingegen bewährte es sich als antiseptisches Streupulver bei Eiterungen im äusseren Gehörgange um so eher. da es sich hier an die Gehörgangswände anhaftet und auch eine, wenn auch nur geringe, jedoch entschiedene Verminderung der Secretion beobachten liess.

Alumnol habe ich bei 38 Kranken angewendet. Dass weissgraue und geruchlose Pulver verursachte bloss bei drei Patienten gelegentlich der ersten Insufflation ein 1-2 Stunden dauerndes Brennen, welches in den nächsten Tagen bloss einem unangenehmen Gefühle von plötzlich in der Tiefe des Ohres aufgetretener Wärme Platz gab, welches von hier nach dem Rachen hinzustrahlen schien.

In den übrigen Fällen verursachte das insufflirte Pulver gar keine subjective Unannehmlichkeiten.

Bei geringer Eiterbildung besitzt es die schlechte Eigenschaft in der Tiefe des äusseren Gehörganges mit dem secernirten Eiter steinharte Kügelchen zu bilden, eine Eigenschaft, welche trotzdem ich in 8 Fällen acuter Paukenhöhleneiterung nach wenigen Tagen schon ein Sistiren der Eiterung erzielte, in genügender Weise gegen seine Anwendung spricht, da doch solche steinharte, wenn auch nur kleine Concremente in der Tiefe des äusseren Gehörganges nicht ganz irrelevant sind.

Letzteres bestätigte sich am Besten in den sechs Fällen von chronischer Otitis externa diffusa. Hier legte ich nämlich, nach sorgfältigen Austrocknen des Ohres, eine mit Alumnol bestreute Wattewicke in den äusseren Gehörgang, dieselbe blieb also 24 Stunden liegen und ich konnte schon nach einmaliger Anwendung des Mittels eine bedeutende Secretionsverminderung beobachten, ja die Secretion hörte sogar nach 4-5 Tagen ganz auf, um sich jedoch, nach einer Pause von weiteren 3-5 Tagen vom Neuem wieder einzustellen.

Schliesslich bei den 24 Fällen von chronischer Paukenhöhleneiterung mit profuser Secretion hatte ich wohl keine Bildung der oben erwähnten steinharten Concremente zu verzeichnen, doch blieb der Zustand, trotz der 8 Tage hindurch täglich wiederholten Behandlungsweise, unverändert, so dass ich mich veranlasst sah, das Alumnol bei Seite zu schieben.

Diaphtherin oder Oxychinaseptol genannt, von Kronacher[1]) in München für die chirurgische und von Hamecher[2]) für die zahnärztliche Praxis wärmstens empfohlen, versuchte ich bei 14 Kranken. Bei keinem der Patienten wendete ich es mehr als 3-4mal hintereinander an, da es als Pulver solche Symptome verursachte, die mich veranlassten davon bald abzustehen. Sowohl bei den fünf Fällen von diffuser Otitis externa, wie auch bei den 9 Fällen von chronischer Paukenhöhleneiterung, verursachte sowohl der in den ersten Fällen mit dem Pulver bestreute und so eingelegte Wattetampon, wie auch das in den letzten Fällen insufflirte Pulver sofort eine reichliche Secretionsvermehrung. Zehn Minuten nach dem sorgfältigsten Austrocknen des Ohres war die in den äusseren Gehörgang eingelegte Wattewicke schon stark durchfeuchtet und nach Entfernung derselben konnte ich das betreffende Ohr nur nach längerer Zeit wieder trocken bringen; legte ich nun jetzt wieder eine mit Diaphtherin bestreute Wicke ein, dann wiederholte sich dasselbe nach neueren 10-15 Minuten. Bei Paukenhöhleneiterungen löste sich der die Perforationsstelle bedeckende Pulvertheil schon in 2-3 Minuten gänzlich auf, das restirende Pulver war schon jetzt durchfeuchtet und bildete nach 10-15 Minuten eine schwierige feuchte Masse, bei deren Austrocknung neuer schleimiger Eiter aus dem Ohre herausbefördert wurde. Wiederholte ich nun, nach sorgfältigstem Austrocknen des Ohres die Insufflation, hatte ich nach neueren 15 Minuten dasselbe Bild vor mir. Nebst diesen Eigenschaften, klagten alle Patienten mehr oder weniger über ein Brennen in der Tiefe des Ohres, welches jedoch kaum 5 Minuten andauerte, bei 2 Kranken folgte der Insufflation des Pulvers ein reflectorisch verursachtes Thräneln des correspondirenden Auges mit einem schwachen Hustenreize, welchem ein Kratzen im Rachen vorherging.

Dass ich nun unter solchen Umständen das Diaphtherin nicht empfehlen kann, liegt wohl auf der Hand.

Antiseptin, oder nach seinen chemischen Bestandtheilen Zinc-Boro-Thymol-Jodat, habe ich bei 16 Kranken versucht und trotzdem es zur antiseptischen Wundbehandlung tuberkulöser und syphilitischer Geschwüre, zur Behandlung von Hautkrankheiten und der Gonorrhoe bestens empfohlen wird, konnte ich darüber nur dasselbe wie über Diaphtherin sagen. Bei 6 Patienten

[1]) Münchener med. Wochenschrift, 1892, 1.
[2]) Deutsche med. Zeitung, 1892, 92.

mit Otitis externa diffusa und in 10 Fällen von chronischer Paukenhöhleneiterung versucht, wiederholten sich stets die bei der Diaphtherin-Behandlung erwähnten Erscheinungen, ja die Schmerzen, welche das insufflirte Antiseptin verursachte, waren in einzelnen Fällen bedeutender und hielten auch mehrere Stunden dauernd an.

Insufflirte ich von letzteren Mitteln weniger ein, so erfolgte die Durchfeuchtung rascher, doch so viel Pulver konnte ich gar nicht auf einmal insuffliren, dessen Durchfeuchtung nach 15-20 Minuten nicht erfolgt wäre.

Nach all' dem will's mir selbstverständlich gar nicht im Geringsten einfallen eines oder das andere von den genannten Heilmitteln für unsere otiatrischen Heilzwecke weiter zu empfehlen und wenn auch meine Beobachtungen sich nicht auf eine Anzahl von vielen hunderten Fällen bezieht, so glaube ich dennoch, dass 86 Patienten genügen um ein günstiges oder ungünstiges Urtheil fällen zu können. Meinerseits bleibt mir nun Nichts anderes übrig, als in gegebenen Fällen von anderen Heilmitteln Gebrauch zu machen, und ich bin fest überzeugt, wenn wir Europhen, Alumnol, Diaphtherin und Antiseptin in unseren otiatrischen Arzneischatz nicht Einlass gewähren, selbst dann vergeben wir uns Nichts, gegen das uns allen vorgeschriebene *non nocere.*

Prof. V. Grazzi (Firenze):

I segnali acustici nell'esercizio ferroviario.

Esordisce dicendo che l'importanza dell'argomento giustifica di ritornare sul medesimo, che fu trattato da Moos, Novaro, Morpurgo e da Grazzi al secondo Congresso Otologico Internazionale di Milano nel 1880. Questo tema interessa non solo gli otologi ma l'intiera famiglia umana, e dopo quell'epoca nuovi fatti dolorosi si sono aggiunti agli antichi per provare i pericoli che corrono i viaggiatori a causa delle malattie degli orecchi del personale impiegato nella direzione dei treni ferroviarii.

L'oratore dice che dopo l'epoca di sopra ricordata, qualche cosa è stata fatta in proposito in Italia, specialmente dalla Società Adriatica, che ha nominato un distinto otologista bolognese come consulente, ma conviene insistere perchè anche le altre Società imitino l'esempio della Compagnia Adriatica e perchè questo stesso servizio sia dalla Società Adriatica medesima maggiormente perfezionato ed esteso.

In seguito, l'oratore parla di alcuni ammalati d'orecchio visitati da lui in Firenze, mentre erano tuttora in servizio come impiegati ferroviarii, e fa notare come l'esercizio stesso di tale professione renda frequenti le otopatie fra i ferrovieri.

Parla quindi del gravissimo disastro di Limito (Milano), nel quale i viaggiatori intesero i segnali acustici (petardi) mentre il macchinista ed il fuochista dissero di *non averli uditi.* Se essi avessero udito quei segnali, che erano i soli che potevano avere effetto, a causa della fitta nebbia che impediva di osservare i segnali ottici, il treno sarebbe stato fermato ed il disastro evitato. L'oratore non sa se i due impiegati ferroviarii che furono causa di tale disastro fossero realmente ammalati di orecchio, ma in ogni modo sembra che ciò debba ragionevolmente supporsi, giacchè essi che si trovavano all'esterno dichiararono di non aver sentito l'esplosione dei petardi, che invece furono intesi da chi viaggiava chiuso nei vagoni.

Dopo altre considerazioni l'oratore emette le conclusioni seguenti:

1° Che siano modificati i regolamenti che si riferiscono alla visita medica degli ammittendi agli impieghi ferroviarii, affinchè come si esaminano scrupolosamente gli occhi, così non si trascurino gli orecchi;

2° Che si visitino periodicamente gli addetti alla direzione dei treni;

3° Che si modifichi l'acutezza di alcuni segnali acustici attualmente in uso, perchè tale acutezza può esercitare una nociva influenza sugli orecchi sani od aggravare il corso di alcune otopatie.

Discussione

Prof. **W. Kirchner** (Würzburg): betont die Wichtigkeit der Untersuchung des Ohres für Leute, die als Bedienstete der Eisenbahn, sei es als Lokomotivführer, oder als Bahnwärter, Wechselwärter, Conducteure etc. angestellt werden sollen. Sowohl vor der Anstellung als auch in periodischen Zwischenräumen muss eine Untersuchung des Gehörorganes der Eisenbahn-Bediensteten von einem sachverständigen Ohrenarzte vorgenommen werden.

In Bayern bestehen bezüglich der Untersuchung des Gehörorganes und der Augen Vorschriften, die dieser Forderung genügen, da eine grössere Anzahl von Ohren- und Augenärzten von der Bahnverwaltung zu diesem Zwecke angestellt sind.

Prof. **S. Moos** (Heidelberg): Im Grossherzogthum Baden wird das Gehörorgan der Eisenbahnbediensteten vor der Anstellung genau untersucht; dieselbe ist abhängig von dem Gutachten eines anerkannten Ohren-Arztes. Alle zwei Jahre spätestens findet wieder eine Prüfung des Gehörs statt.

Prof. **S. Szenes** (Budapest): Der Vollständigkeit halber will ich bloss erwähnen, dass bei uns in Ungarn bis nun noch keine Ohrenärzte angestellt sind, was doch zum Mindesten so nöthig wäre als die schon längst erfolgte Anstellung von Augenärzten und anderer Specialärzte. In Oesterreich bestehen, nach der Aussage Prof. Politzer's, ähnliche Verhältnisse.

Dott. **C. Corradi** (Verona):

Influenza dell'asimmetria cranica sul risultato della prova di Weber.

In generale, contrariamente a quanto da taluno si è supposto o sospettato, asimmetrie nella forma del cranio, differenze di tessitura, compattezza o grossezza fra le ossa di un lato e quelle dell'altro, diversità di ampiezza nei seni della faccia, nonchè condizioni morbose nelle fosse nasali e nello spazio nasofaringeo non esercitano influenza sulla lateralizzazione del diapason Vertex.

Le mutate condizioni di risonanza, per influire sul risultato dell'esperienza di Weber, devono risiedere nelle cavità che formano l'apparecchio di trasmissione (orecchio esterno e medio); cavità per sè piccole, la cui importanza come risonatori viene moltiplicata dagli intimi rapporti, in cui si trovano con gli elementi terminali del nervo acustico.

Le asimmetrie nelle cavità dei due lati della faccia e differenze di struttura e di forma nelle ossa del cranio possono per sè spiegare influenza sul risultato della prova di Weber.

Taluno [1]) infatti trova difficoltà a concedere importanza diagnostica alla prova di Weber dalla considerazione che asimmetrie nella forma del cranio. differenze di tessitura, compattezza o grossezza fra le ossa di un lato e quelle dell'altro, diversità di ampiezza nei seni della faccia, nonchè condizioni morbose nelle fosse nasali e nello spazio naso-faringeo, potrebbero modificare assai gli effetti della risonanza, alterando già per sè il risultato della esperienza, senza che nulla di morboso esistesse nell'orecchio, oppure, se alterazioni anatomo-patologiche nell'orecchio si trovassero, modificando di molto l'influenza che queste sulla prova di Weber potrebbero esercitare.

Noi perciò ultimamente abbiamo istituito su questo proposito delle esperienze in varie maniere. Abbiamo studiato cioè il comportarsi della prova di Weber, per esempio, su individui affetti da voluminosissimi mixomi o fibromi delle fosse nasali e dello spazio naso-faringeo, in guisa che mentre un lato era presso a poco libero, l'altro riusciva in gran parte occupato dalla neoformazione, oppure in altri, che soffrivano di catarro o di empiema dell'antro d'Higmoro, o tamponando ora l'una ora l'altra delle fosse nasali a scopo di medicatura dopo avere, per esempio, eseguito la galvano-caustica, od anche momentaneamente in persone sane. Inoltre noi ci siamo serviti di uno strumento foggiato come uno di quei pettini ad arco che si usano dalle giovinette per tenere raccolti i capelli, finchè sono ancora corti: esso da una parte, fino a metà, è di metallo e dall'altra parte è di legno e si lascia facilmente applicare sulla testa in modo da starvi ben aderente, potendo in pari tempo far corrispondere a volontà la metà di metallo o quella di legno rispettivamente ora ad un lato ora all'altro, e ciò anche ad insaputa della persona in esame. Nel luogo di unione delle due metà, per solito, posavamo il manico del diapason vibrante. Ora noi non ebbimo finora mai ad accorgerci che da siffatte condizioni morbose, ovvero artificiali, venisse spiegata alcuna influenza sull'esito della prova di Weber; se non esisteva malattia d'orecchio, il tono del diapason da luoghi mediani od a loro prossimi continuava a venire percepito nel mezzo della testa.

Dimodochè è da concludere che le mutate condizioni di risonanza, per influire sul risultato dell'esperienza di Weber, devono risiedere nelle cavità che formano l'apparecchio di trasmissione (orecchio esterno e medio); cavità per sè piccole, la cui importanza però come risonatori viene moltiplicata dagli intimi rapporti in cui si trovano con gli elementi terminali del nervo acustico, segnatamente la loro prossimità ai medesimi e la continuità delle loro pareti con quelle della capsula in cui detti elementi sono contenuti.

Vero è che differenze circa lo sviluppo e la conformazione tra le due metà del cranio potrebbero interessare anche la cassa del timpano, ed in tal caso non sarebbe da negare che in effetto ciò potrebbe influenzare l'esito della prova di Weber; però, a parte che in tal modo si sposta la questione, così come fu messa finora, per quanto ci consta, differenze congenite nell'ampiezza, nella conformazione, ecc. della cassa del timpano dei due lati, se pur vennero riscontrate in qualche caso, per esempio, di sordomutismo, rappresentano tuttavia sempre un fenomeno troppo eccezionale, mentre d'altronde, specie per ciò che riguarda la diagnosi dell'otite media acuta, l'esame otoscopico e della facoltà uditiva, porrebbe facilmente in chiaro l'errore.

[1]) Lucae, Kritisches und Neues über Stimmgabeluntersuchungen. Archiv f. Ohrheilk. XXIII, § 123, 124.

Terza Seduta.

2 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. GELLÉ (Parigi).

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli):

Sur 120 cas de mastoïdites observés et soignés à l'Hôpital Clinique de l'Université de Naples depuis le mois de novembre 1883 jusqu'au mois de février 1894.

Conclusions

1. Nombre total des mastoïdites observées depuis le mois de novembre 1883 jusqu'au mois de février 1894: Cent vingt.

2. Triple division de l'auteur:

Première catégorie. — Endomastoïdites traitées par la perforation de la mastoïde ou par l'agrandissement des sinus fistuleux ostéo-cutanés, etc.: 80.

Deuxième catégorie. — Les mêmes, traitées par l'incision de Wilde et l'antisepsie des cavités auriculaires: 30.

Troisième catégorie. — Les mêmes, traitées par l'antisepsie du conduit auditif, de la caisse tympanique, etc.: 10.

3. Rapport des mastoïdites avec les suppurations de la caisse:

Suppurations observées de 1883 à 1894 . . . . . 2010 cas
Mastoïdites observées dans le même espace de temps . 120 cas

Rapport: 6 pour cent.

4. Rapport des mastoïdites selon l'âge et la catégorie:

	Première catégorie	Deuxième catégorie	Troisième catégorie
de 5 mois à 10 ans.	49 (61.8 p. cent)	6 (20 p. cent)	—
de 10 ans à 20 ans.	10 (12.5 »	2 (6 6 »	—
de 20 » à 30 »	6 (7.5 »	6 (20 »	3 (30 p. cent)
de 30 » à 40 »	8 (10. »	9 (30 »	6 (60 »
de 40 » à 50 »	3 (3.7 »	5 (16.6 »	1 (10 »
de 50 » à 60 »	2 (2.5 »	1 (3.3 »	
de 60 » à 70 »	2 (2.5 »	1 »	
de 70 » à 80 »	—	1 (3.3 »	
	80	30	10

5. Rapport par sexe:

	Première catégorie		Deuxième catégorie		Troisième catégorie	
		Rapport		*Rapport*		*Rapport*
Hommes.	60	33 femmes sur	20	50 femmes sur	7	47 femmes sur
Femmes.	20	100 hommes	10	100 hommes	3	100 hommes

6. Rapport selon l'oreille droite et l'oreille gauche.

En général, jusqu'à l'âge de 10 ans, il n'existe pas de différence remarquable quant à la plus ou moins grande disposition à être affectées de suppurations de la caisse ou de mastoïdites dans toutes ses formes, entre l'oreille droite et l'oreille gauche, tandis que la disposition à la maladie augmente toujours, pour l'oreille gauche, à mesure qu'on avance dans l'âge. Cette donnée statistique peut être sans doute mise en rapport avec l'observation qui a déjà été faite en rhinologie, que la cavité gauche est plus fréquemment affectée que la droite; et que, dans les lésions bilatérales elle est presque toujours plus profondément intéressée à cause de la diminution des conditions de calibre, par suite de scoliose du septum se produisant plus aisément à gauche, aussi bien que par les anomalies qui sont plus fréquentes sur la surface gauche du septum: crêtes, éperons (hyperosthoses, hyperchondroses).

	Première catégorie	Deuxième catégorie	Troisième catégorie
7. Mastoïdites par suppurations communes.	70	29	7
id. par influenza	6	—	1
id. par tuberculose	2	—	—
id. par scarlatine	2	1	—
id. par furoncles	—	—	2
	80	30	10

8. Résultats *quoad vitam* des mastoïdites:
Première catégorie 80 cas 9 morts = 11,2 pour cent.
Deuxième catégorie 30 cas 0 morts.
Troisième catégorie 10 cas 0 morts.

9. L'observation clinique a permis de s'assurer, qu'il faut qu'une certaine condition favorise l'épanchement du pus pour que la diffusion de la phlogose pyogène ait lieu de l'atrium à l'attique, ou bien de l'un ou de l'autre jusqu'à l'antre mastoïdien; hormis dans les cas rares d'endomastoïdites, de phlogose pyogène de l'attique ou de l'antre d'emblée. J'ai vérifié constamment ce fait depuis la première publication que j'ai faite sur les mastoïdites (*Riforma medica, 1885*). Aujourd'hui, j'affirme de nouveau, et avec plus d'autorité encore, l'existence de cet épanchement comme cause prédisposante essentielle, qui fait que l'on déplore les mastoïdites secondaires dans les suppurations de la caisse et du conduit auditif. Cette

cause peut être un simple engorgement inflammatoire de la couche cutanée et osseuse du conduit dans les formes sub-aiguës d'otites pyogènes, de granulations simples ou polypoïdes ou de polypes multiples et de séquestres dans les formes chroniques.

Sans aucun doute, outre la prédisposition locale ou anatomique de l'épanchement pour la diffusion à l'antre mastoïdien, on ne saurait méconnaître, dans ses justes limites, la prédisposition donnée par la nature du terrain, pour que les microbes puissent plus facilement l'envahir en surface et en profondeur, comme il arrive, par exemple, chez les scrofuleux, chez les tuberculeux, etc.

10. Comme résultats des mastoïdites, on a remarqué, outre la nécrose et la carie, l'hyperosthose ou ostéite condensante de la partie extérieure et l'ostéite raréfiante de ces parois.

Ces résultats des mastoïdites se trouvent dans les 80 cas de la première catégorie, dans le rapport suivant:

Carie de la paroi	extérieure	71	cas
Id. id.	antérieure	2	»
Id. id.	intérieure extracrânienne, forme de Bezold	4	»
Id. id.	intérieure intracrânienne correspondant au sillon sigmoïde du sinus latéral	3	»
	En tout	80	cas

Hyperosthoses	N.	12
Ostéites raréfiantes ou atrophie des parois (extension maxima dans les cholestéatomes de l'antre mastoïdien, dans les agglomérations de pus datant de plusieurs années) cas	N.	3
Cholestéatome	N.	2
Issues sur le rocher	N.	3
Carie du bourrelet osseux du canal de Fallope	N.	6
Elimination partielle du limaçon	N.	2
Carie du canal de la carotide	N.	1

On a observé aussi des issues sur les glandes lymphatiques de la région latérale du cou, trouvées en suppuration surtout chez les petits enfants, tandis que chez les adultes il y a spécialement des phlegmons superficiels et profonds, à cause surtout de la carie de la partie intérieure extracrânienne de l'apophyse mastoïdienne, forme de Bezold.

Issues produites par les mastoïdites sur les organes intracrâniens. Elles correspondent précisément aux 9 décès survenus sur les 80 endomastoïdites.

Dans deux des 9 cas on a fait le diagnostic de mort par thrombophlébite septique; dans deux, par abcès du lobe cérébral antérieur, dans lesquels on a observé l'aphasie verbale (ordinairement c'est le temporo-sphénoïdal qui est affecté); dans un autre, par trombophlébite de la veine ophthalmique par diffusion de la trombo-phlébite au sinus caverneux, avec la particularité que la thrombose de la veine ophthalmique existait du côté opposé à l'oreille malade; particularité qui a été expliquée par l'éminent professeur De Vincentiis comme une conséquence de l'anomalie de cette veine ophthalmique, qui parfois débouche dans le sein caverneux du côté opposé.

Issues emboliques extracrâniennes des mastoïdites:

Ont été observés deux cas d'arthrites pyémiques qui guérirent et un autre cas d'embolie pulmonaire pyémique.

Infection générale pyémique dans les épanchements du pus dans la cavité mastoïdienne, et septico-pyémique dans les mastoïdites avec thrombophlébites.

11. A la suite des recherches bactériologiques sur les endomastoïdites primitives causées par l'influenza on a trouvé, outre le staphylocoque, le pneumocoque.

Dans les formes chroniques, le streptocoque et surtout le staphylocoque étaient les seuls parmi les microbes les plus importants associés aux saprogènes.

12. Un remède qui a donné d'excellents résultats, comme anti-septique anti-pyogénique, a été la microcidine à 5 ou à 6 pour mille. Mais le chlorure d'iode a produit aussi de bons effets, comme antiseptique, dans les formes chroniques avec granulations, dans l'ostéite et ses issues, surtout pour détruire le tissu muqueux, hypertrophié avec granulation.

13. L'indication précise pour inciser la paroi extérieure, la paroi antérieure de la mastoïde, ainsi que celle pour la résection de sa proéminence, est donnée par chaque cas particulier.

14. Enfin, sur ces 80 cas, la perforation ou trépanation de la mastoïde sur la paroi externe osseuse intègre, a été exécutée 20 fois, dans lesquelles on n'a heureusement déploré aucun décès.

Des 4 cas à forme de Bezold: deux sont morts, un de septico-pyémie et un de tuberculose; un est guéri.

Les deux malades de cholestéatome intramastoïdien sont guéris tous les deux, l'un par la méthode de Küster et l'autre par l'ancienne méthode de perforation de l'antre mastoïdien.

15. Age des malades qui ont subi l'opération de la perforation de l'antre pétreux et de la mastoïde sur la paroi externe osseuse intègre:

de 1 à 10 ans.	N. 6
de 10 à 20 »	» 5
de 20 à 30 »	» 4
de 30 à 40 »	» 4
de 40 à 50 »	» 2
de 50 à 60 »	» 1

Prof. **V. Cozzolino** (Naples):

Sur l'oto-neurasthénie essentielle et associée ou secondaire et sur la neurasthénie due à des otopathies et à des rhino-pharyngopathies.

Conclusions

1. Il existe une forme clinique *sui generis* d'oto-neurasthénie essentielle pure, et des otopathies accompagnées de symptômes neurasthéniques, forme associée. La première appartient exclusivement aux expansions labyrinthiques du nerf acoustique, et, peut-être, de son tronc et de ses origines cérébrales. Toutes les deux sont de nature vasomotrice, qui donne lieu à des excitations labyrinthiques.

2. La syndrome neurasthénique essentielle qui se rapporte seulement à la sphère intérieure et intra-crânienne est souvent bilatérale; dans la forme associée elle est unilatérale, c'est-à-dire qu'elle ne s'écarte pas de l'oreille affectée de troubles, ou de la plus affectée dans l'équilibre de la tension des sphères auriculaires, hypertonie ou hypotonie. Cette syndrome varie plus ou moins, selon les conditions générales, surtout dans la forme essentielle; dans la forme associée elle est due surtout à l'augmentation de la tension de la sphère moyenne sur la sphère interne.

3. Dans la syndrome oto-neurasthénique essentielle, au lieu de la diminution du pouvoir auditif on trouve plus souvent l'hypercousie, qui augmente l'excitabilité électrique du nerf acoustique, comparable à l'asthénopie nerveuse, avec laquelle elle peut coexister ou s'alterner.

Les symptômes entotiques subjectifs, bruits variés et le vertige dans ses différentes espèces et dans son intensité variable, depuis l'aura vertigineuse jusqu'au vertige simulant un accès apoplectique, dominent dans cette forme.

4. Ces symptômes ont la caractéristique de ne subir aucune amélioration par le traitement local dans la forme essentielle et d'améliorer fort peu dans la forme associée, tandis qu'ils cèdent, quoique d'une manière peu durable, aux traitements généraux qu'on prescrit aux sujets neurasthéniques. De sorte que ces symptômes ne sont jamais isolés, mais toujours accompagnés d'autres phénomènes neurasthéniques locaux ou de stygmates sur les autres organes; tels que l'hyperesthésie du cuir chevelu, l'irritabilité cérébro-spinale, sensation douloureuse en casque. Les symptômes neurasthéniques sont aggravés par tout excès de travail cérébral, psychique, etc.

5. Les symptômes neurasthéniques auriculaires atteignent le maximum de leur développement dans la forme clinique de la neurasthénie cérébro-cardiaque.

6. En général, lorsque, chez un individu, l'audition est normale ou presque normale, et que le malade se plaint d'une grande gêne entotique, surtout s'il a des vertiges, il faut examiner l'état de tonicité cérébro-rachidienne pour voir la part que joue celui-ci sur le ton musculaire et vasculaire intra-auriculaire. Je dis aussi ton musculaire, parce que je crois que le muscle tenseur du marteau et le muscle de l'étrier, de même que tous les autres muscles, dans la neurasthénie cérébrale, perdent de leur tonicité et de leur contractilité, et que, par conséquent, les troubles subjectifs labyrinthiques peuvent se rapporter aussi, comme pathogénésie, à la caisse du tympan, dans l'oto-neurasthénie essentielle.

7. Les vertiges auriculaires purs ou mécaniques sont ceux dont les symptômes indiquent la compression de la fenêtre ovale ou de la fenêtre ronde. Mais ces vertiges peuvent encore se reproduire même expérimentalement; graves et plus complexes par leurs conséquences sur le cœur, sur la respiration etc., heureusement très rares sont les vertiges par décompression.

8. Le vertige auriculaire se confond souvent avec le vertige propre de neurasthénie (qui parfois se manifeste tout d'un coup), parce que, même dans ce dernier phénomène, on remarque des symptômes subjectifs entotiques. Il s'aggrave bien des fois, par ce fait que le vertige *ab aure laesa* comme tout autre symptôme auriculaire réflexe, qui a rapport à la sphère cérébro-spinale et à la sympathique ne se présente ordinairement que chez des indi-

vidus neurasthéniques ou presque neurasthéniques, dont l'état est appelé par d'autres auteurs: névrosisme ou émotivité.

Je n'accepte pas sans restriction (exigée par la clinique) l'opinion que le vertige est exclusivement un stygmate psychique à ajouter à la liste de ceux qui caractérisent la dégénérescence mentale, l'agarophobie, le mal de montagne, la claustrophobie, qui se rencontrent chez les neurasthéniques.

9. Ce sont précisément ces variétés de forme et d'intensité qui empêchent de confondre le vertige auriculaire, qui passe du simple étourdissement au grand vertige avec oscillation du sol et sensation de chûte.

Dans le vertige neurasthénique le malade croit tomber, il est vrai, mais il ne tombe pas, comme cela arrive dans le vertige auriculaire (symptomatologie de Menière).

Dans ce dernier, le malade éprouve l'horrible sensation qui lui causerait la terre s'ouvrant sous ses pas et l'engloutissant, comme le ferait une trappe de théâtre.

10. Les illusions ou hallucinations du sens de l'ouïe, produites par des bruits subjectifs ne sont possibles que chez les individus neurasthéniques, et surtout chez les dégénérés psychiques, ainsi que tous les troubles psychiques ayant rapport au sens de l'ouïe et qui sont causés par des rumeurs brusques et inattendues.

11. La syndrome auriculaire neurasthénique peut se trouver réunie à la syndrome auriculaire hystérique et présenter ainsi les phénomènes de l'oto-hystéro-neurasthénie, de même que ceux de l'oto-traumo-neurasthénie qu'il faut avoir présents surtout dans les questions médico-légales. Le caractère le plus saillant de ces formes associées est leur ténacité et leur gravité précisément à cause de leur persistance.

12. Nous avons parmi les hémi-neurasthénies, entrevues aussi par Beard, l'oto-hémi-neurasthénie, dans laquelle les bruits auriculaires et autres symptômes peuvent se borner exclusivement à une oreille, sans qu'il existe de lésion matérielle de l'appareil auditif.

13. La gravité et les plus grands troubles causés par l'oto-neurasthénie secondaire sont en rapport direct avec la forme clinique de neurasthénie à laquelle elle se trouve associée, surtout dans l'affection cérébrale et cardio-vasculaire; dans la première les symptômes oto-neurasthéniques accompagnent des céphalalgies connues sous le nom de douleur en casque, stigmate qui manque d'ordinaire dans les formes rachidiennes ou gastro-intestinales et génitales.

14. Il est nécessaire de bien distinguer l'oto-neurasthénie et ses différentes formes au point de vue du traitement et notamment du pronostic et du diagnostic, surtout dans l'intérêt général des malades; et cela pour les empêcher de tomber dans la période des aberrations intellectuelles et psychiques.

15. Enfin, on doit admettre en clinique des formes de neurasthénie générale secondaire, avec des caractères cérébraux, à préférence dues à des oto-pathies et à des rhino pharyngopathies chroniques; et aussi des formes de rhino-pharyngopathies associées à la neurasthénie générale, qui sont caractérisées par le fait que les souffrances dont les malades se plaignent ne sont pas en rapport avec les lésions locales. Ces notes neurasthéniques se manifestent avec les pervertiments de la sensibilité commune, de la sensibilité douloureuse et de la motivité, surtout sur le pharynx et le voile du palais.

Discussione

Dr. G. **Ficano** (Palermo): Desidero sapere dal dottor Cozzolino se nelle vertigini neurasteniche vi è diminuzione dell'udito.

Prof. E. De **Rossi** (Roma):

Sopra alcune esperienze di miringografia.

Le esperienze di miringografia eseguite con particolare apparecchio tendono a dimostrare:

1. Che è possibile trasmettere contemporaneamente, e senza perdita sensibile di energia, i movimenti di un diapason vibrante, a due membrane naturali di uguale grandezza della membrana timpanica umana, servendosi di una colonna liquida.
2. Che questi movimenti delle membrane possono venire iscritti sovra un cilindro registratore.
3. Che l'ampiezza dei movimenti di una membrana è in ragione diretta della mobilità della membrana omologa.
4. Che è possibile applicare la miringografia per constatare i movimenti della membrana timpanica e degli ossicini tanto nello stato sano quanto nello stato patologico.

Discussione

Prof. A. **Politzer** (Vienne): croit être l'interprète de l'Assemblée en remerciant M. De Rossi pour son intéressante communication. Il est d'avis que l'appareil ingénieux de M. De Rossi forme la base d'investigations nouvelles tant pour la physiologie que pour la pathologie de l'oreille, et il espère que, pour la pratique, l'appareil sera plus tard simplifié.

Doct. **M. E. Gellé** (Paris): adresse ses compliments à M. le professeur De Rossi pour ces expériences si délicates et si intéressantes. Il a, comme lui, remarqué dans ses études sur le labyrinthe, que toute pression, ajoutée à l'une des deux membranes de l'appareil, a son retentissement sur la deuxième; il en résulte que le contrôle demandé à la membrane témoin, si je peux ainsi dire, n'est pas absolument exact. Mais les traces que M. De Rossi nous met sous les yeux permettent de bien augurer dans l'avenir de l'emploi de cette méthode d'exploration de l'état de vibration de la membrane du tympan.

Prof. V. **Grazzi** (Firenze): Domanda al prof. De Rossi quali mezzi adopera per isolare il suo apparecchio in modo che le sottili asticelle di vetro, che devono scrivere le vibrazioni sonore, non siano disturbate dalle vibrazioni che potessero essere comunicate all'apparecchio dall'aria circonvicina, o dai solidi sui quali l'apparecchio medesimo riposa.

Doct. **M. E. Gellé** (Paris): L'une des difficultés de la construction de cet appareil sera certainement d'éviter la formation des ventres et des nœuds, qui est en rapport avec la hauteur du diapason employé, et qui peuvent être tels qu'ils altèrent la transmission et l'expérience.

Dr. **S. R. Ludwig** (Hamburg):

Ueber Extraction der Gehörknöchelchen.

Die Diagnose der Caries von Hammer und Amboss ist in vielen Fällen unsicher.

Selbst Granulationen, welche die Membrana flaccida vor oder hinter dem Proc. brev. durchbrechen, sind kein zweifelloses Symptom von Caries an Hammer oder Amboss.

Ein sicheres Zeichen der Ambosscaries ist die Ablösung des Trommelfells im hinteren, oberen Quadranten.

Bei der Operation [1]) soll man, wenn möglich, zunächst eine Verbindung des Hammergriffendes mit dem Knochenrande bestehen lassen, bis die Tensorsehne durchschnitten und das Ambossteigbügelgelenk getrennt ist, da sonst der freipendelnde Hammergriff leicht zur Seite ausweicht, und das Anschlingen erschwert wird.

Zum Zweck der Blutstillung sind Styptica, auch Alaunbrei, zu vermeiden, weil sie das Operationsfeld verschmieren. Dagegen empfiehlt sich vor Beginn der Operation eine subcutane Injection von Segale cornut. vor dem Tragus und hinter der Ohrmuskel zu machen.

Ludwig glaubt, dass die Subcutantherapie in der Otologie sich einen Platz erobern wird, dass sie sogar Mittelohrprocesse zu beeinflussen im Stande ist. Furunkel und diffuse entzündliche Schwellungen im Gehörgang wurden durch subcutane Injection von 3 pro cent Carbolsäurelösung in allen Fällen beseitigt.

Bei der Ambossextraction ist an einen Knochenvorsprung, Promontorium, zu denken, welcher sich über dem Aditus ad antrum befindet (wird demonstrirt). Hier fängt sich öfters der Ambosshaken, wenn er zu lang ist.

Bei seinen neuen 50, in Hamburg ausgeführten Operationen, sah Ludwig Unglücksfälle oder üble Complicationen in keinem Falle eintreten, nie Fieber, nie Facialislähmung, nie nennenswerthen Schwindel, nie Hörverschlechterung.

Der Amboss wurde in 85 p.c. cariös gefunden.

Die Indication für die Extraction von Hammer und Amboss ist weiter zu ziehen, als bisher. Wenn eine chronische Mittelohreiterung einer monatelangen Anwendung der Schwartze'schen Massendurchspülungen per Catheter und der üblichen Behandlung vom Gehörgang aus trotzt, so ist zunächst die Extraction des Hammers und Ambosses vom Gehörgang aus zu machen, ganz gleich, ob Caries an denselben schon constatirt werden konnte, oder nicht.

Discussione

Prof. **A. Politzer** (Wien): schlägt, anstatt des von Herrn Dr. Ludwig gebrauchten Ausdruckes « Promontorium », die Bezeichnung « Spina tegminis » vor. Bezüglich der Indicationen bemerkt P. dass er die Extraction des Hammers und Ambosses nur dann übt, wenn der grösste Theil des Trommelfelles zerstört, der Hammer somit keinen Werth für die Hörfunction hat und ferner bei Cholesteatom im Atticus. Bei Perforation der membr. Shrapnelli

[1]) Cfr. Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. XXIX, pag. 241, und Bd. XXX, pag. 263.

hingegen, wo die Eiterung häufig auf den Attic. ext. begrenzt ist und das Hörvermögen oft nahezu normal ist, wird durch die Extraction der Gehörknöchelchen das Gehör verschlimmert und wird man sich in solchen Fällen auf eine operative Freilegung des äusseren Attic. beschränken und nur nach erfolgloser Behandlung zur Extraction der Gehörknöchelchen schreiten.

Dott. **G. Avoledo** (Milano): Domanda al dottor Ludwig quante volte osservò nell'estrazione dell'incudine lesioni della corda del timpano e quali siano le condizioni anatomopatologiche della cassa e degli ossicini per abbandonare il concetto dell'estrazione dalla parte del condotto e sostituirvi la operazione di Stacke.

Dr. **S. R. Ludwig** (Hamburg): erwiedert Herrn Politzer, dass er eine Hörverschlechterung durch die Hammer-Ambossextraction in den letzten 50 Hamburger Fällen nicht gesehen hat. Oft trat eine wesentliche Hörverbesserung ein:

vor der Operation Flüsterzehlen direct in's Ohr,
nach der Operation id. bis 6 m.

Ludwig erwiedert Herrn Avoledo, dass er bei der Operation nie Rücksicht nimmt auf die Chorda Tympani, dass er dieses auch für unmöglich hält. In den meisten Fällen wird eine Läsion der Chorda von den Patienten garnicht gemerkt.

Politzer: bemerkt, dass in Fällen wo Schwerhörigkeit besteht, durch die Extraction der Gehörknöchelchen allerdings zuweilen eine Hörverbesserung erzielt wird, dass aber dort wo das Gehör nahezu normal ist durch die Operation das Gehör verschlimmert wird.

Dr. **Reinhard** (Duisburg): macht auf die Häufigkeit des Vorkommens von Cholesteatom des Antrum, resp. Atticus bei Caries der Gehörknöchelchen (Perforatio der membr. Shrapnelli) aufmerksam, wodurch die Heilung der Mittelohreiterung durch blosse Extraction der beiden äusseren Gehörknöchelchen unmöglich, sondern die Eröffnung des Antrum nach Stacke nothwendig wird.

In 32 Fällen von Hammer-Ambossextractionen, über welche er 1891 in Halle a. d. Saale auf der deutschen Naturforscherversammlung berichtete, sah er in 50 p.c. Heilung; in diesen lag einfache Caries vor; in den andern Fällen handelte es sich um Complication mit einem kleinen, oft nur linsengrossen Cholesteatomherd im Antrum.

Er fragt den Redner in wie viel Fällen seiner 50 Hammer-Ambossextractionen er Complication durch Cholesteatom gesehen hat.

Ludwig: erwiedert Herrn Reinhard, dass er nur von Fällen gesprochen habe, in welchen Caries der Gehörknöchelchen entweder diagnosticirt, oder angenommen war. In keinem derselben habe es sich um Cholesteatom gehandelt.

Reinhard: antwortet, dass es diagnostisch oft sehr schwer sei, vor der Operation zu unterscheiden, ob im Antrum oder Atticus ein Cholesteatomherd sitzt.

Dott. G. **Ferreri** (Roma):

Influenza della cura caustica nell'eliminazione degli ossicini cariati.

I notevoli successi della terapia operativa intratimpanica, nella cura delle otiti medie purulenti croniche, hanno ormai posto in second'ordine una gran parte di quei metodi che si basavano sull'azione di speciali farmaci, in soluzione o in sostanza, consigliati come atti a guarire le suppurazioni della cassa. I primi, in ordine storico, a caldeggiare la medicina operativa otoiatrica sono stati il Lucae di Berlino, che introdusse nel 1872 il taglio della piega posteriore della membrana; il Weber Liel, che nel 1872 eseguiva la tenotomia dello stapedio, e più tardi, nel 1877, praticava parecchi atti operativi per mobilizzare la staffa asportando membrana, martello ed incudine; il De Rossi che per il primo, alla regia accademia di Roma, presentava un caso di disarticolazione fra la lunga branca dell'incudine e la staffa per vincere la immobilità relativa di questo ossicino.

Questo primo periodo della medicina operativa otoiatrica si svolse tutto quanto a soccorrere gli esiti delle otiti medie purulenti croniche. Esso però doveva più o meno presto tracciare la linea di condotta da tenersi per agire con mezzi cruenti metodici a sollecitare la guarigione delle otiti medie purulenti croniche asportando le parti malate della cassa.

Il secondo periodo della chirurgia intratimpanica è tutto rivolto a liberare la cassa dagli ossicini cariati. A Samuel Sexton deve essere lasciata la priorità di avere, nei processi cronici purulenti dell'orecchio, abbandonato l'antico e povero sistema quasi limitato alla asportazione dei polipi e alla introduzione di medicamenti o caustici, o astringenti, o antisettici, o detersivi nell'orecchio. Con Sexton s'inaugurò un periodo febbrile di attività operativa; e Schwartze, Ludwig, Kretschmann, Stacke, Burnett, Blake perfezionarono grandemente la chirurgia intratimpanica.

Ormai è venuto il momento di vagliare, alla stregua dell'esperienza, le indicazioni di questi atti operativi nella cura delle otiti medie purulenti croniche, e cioè se essi siano sempre necessarii, se in tutti i casi siano sufficienti a togliere i focolai morbosi, se debbano in taluni casi essere preceduti da cure locali meno gravi, e se non debba tenersi conto della differente età dei pazienti. Queste considerazioni sono ora per me argomento di studio avendo avuto campo nella clinica di Roma di poter giudicare in un gran numero di casi di otiti medie purulenti croniche il valore dei metodi antichi e recenti di cura. Dirò anzi che volli attendere a formarmi un giudizio sopra la cura chirurgica delle suppurazioni della cassa, dopo due anni che seguii attentamente gli operati di escissione della catena degli ossicini. Orbene, ponendo in raffronto i pazienti assoggettati alla cura caustica con quelli operati, ebbi a convincermi che parecchi di questi ultimi guarirono solo quando furono assoggettati al metodo curativo di Schwartze con le modificazioni introdotte dal De Rossi in questa clinica, acciocchè il liquido giungesse nelle parti più profonde dell'orecchio medio.

Mi permetto di sostenere un'opinione che forse non garberà completamente a quei moderni fautori della chirurgia intratimpanica che non ammettono altra cura delle otiti medie purulenti croniche, se non la escissione della membrana e degli ossicini. È vero che in molti casi di suppurazione

dell'attico, il corpo del martello e l'incudine sono soggetti a cariarsi in ragione del deficiente drenaggio e della posizione poco favorevole di questa regione troppo profonda dell'orecchio per essere ben disinfettata. È vero pure che in parecchi casi l'escissione di questi ossicini fece cessare la suppurazione dell'orecchio; ma non si possono anche nasconderne parecchi altri in cui, eseguita tale operazione, furono all'esame microscopico notati assolutamente sani gli ossicini, e la cavità dell'attico continuò a suppurare come prima. In tali circostanze, se si fosse fatta precedere una cura caustica, si sarebbe, molto probabilmente, guarito lo scolo purulento dell'orecchio, risparmiando gli ossicini.

In tutte le suppurazioni croniche dell'orecchio medio, l'intervento operativo dovrebbe sempre essere preceduto dalla cura caustica, e quando questa non riuscisse, allora solo potremmo pensare che la causa della cronicità dipenda da carie degli ossicini, e dovremmo in conseguenza procedere alla loro escissione. Come è possibile ammettere che la rimozione del martello e della incudine possa avere tale efficacia nelle lesioni tubercolari dell'attico e dell'antro mastoideo e nelle raccolte colesteatomatose di queste cavità da esser sufficiente essa sola a far cessare la suppurazione? Questo atto operativo modificherà il drenaggio dell'orecchio medio, ma, per raggiungere la guarigione dello scolo, saranno necessarie cure ulteriori, dirette a combattere il processo morboso confinato nelle porzioni più alte dello orecchio, cioè dietro la membrana flaccida di Shrapnell.

La struttura anatomica di questa regione è tale che numerosi loculi vi sono formati dalle pieghe della mucosa che vi ritengono i prodotti infiammatorii, anche quando siano stati tolti il martello e l'incudine. Per giunta non vi è forse suppurazione cronica della mucosa rivestente l'attico che non abbia per substrato una carie delle parti ossee sottostanti, essendo anzi di fatto la mucosa il periostio della regione. In questi casi, la escissione degli ossicini, siano, o no, essi pure cariati, non avrà altro valore che di rendere più accessibile la regione dell'attico; e noi crediamo che la cura definitiva non si raggiunga che colle soluzioni caustiche che agiscono direttamente sulle pareti malate di questa cavità. Divido l'idea di Arbutnot Lane, che, cioè, gli ossicini dell'orecchio medio abbiano una importanza molto secondaria nelle suppurazioni croniche dell'orecchio, e che quando la cura caustica non è efficace, l'antrectomia dia molto migliori resultati che non la semplice escissione degli ossicini.

Félix Cohn crede che sieno molto limitate le lesioni croniche della cavità timpanica in cui l'escissione degli ossicini abbia prodotto permanenti risultati, tanto che limiterebbe il valore di questa operazione semplicemente allo scopo di prevenire ulteriori progressi della malattia; perciò giudica il metodo estraauricolare di Stacke assai più logico, se non preferibile alla chirurgia intraauricolare.

Robert Barclay, accennando alle difficoltà di operare nelle parti profonde dell'orecchio medio, ha voluto dimostrare che esse in gran parte dipendono dalla imperfezione degli attuali strumenti e dalla mancanza di pratica nello adoperarli. Io penso che se tutte le difficoltà consistessero nella tecnica operativa non ancora perfetta, a quest'ora si sarebbe già superato qualunque ostacolo. Dopo che le operazioni intratimpaniche hanno avuto una sì larga applicazione, non è la tecnica, a mio avviso, che siasi

mostrata deficiente. Sexton, Burnett, Blake, Jack, Schmiegelow, Wolf, Küster, De Rossi, ecc., hanno consegnato alla letteratura otoiatrica brillantissimi metodi operativi. Piuttosto gli otoiatri non hanno ancora formulate esattamente le indicazioni di questi processi chirurgici intratimpanici.

Dovrà essere il trattamento curativo delle infiammazioni suppurative dell'attico timpanico (*recessus epitympanicus*) uguale a quello delle suppurazioni limitate alla cassa propriamente detta? L'ablazione degli ossicini si può eseguire in tutte le età traverso la via del condotto uditivo? Nelle suppurazioni croniche di antichissima data, in cui il lume del condotto nella sua porzione ossea più profonda si è notevolmente ristretto, sarà possibile procedere alla escissione della membrana ed alla susseguente asportazione del martello e della incudine? Non è una tattica sbagliata limitarsi alla escissione della membrana e degli ossicini, quando havvi sospetto di carie delle pareti dell'attico e di colesteatoma dell'antro, e v'è quindi la probabilità di dovere una seconda volta intervenire con l'antrectomia? In genere gl'infermi male sopportano vani e ripetuti tentativi chirurgici, e nel caso presente il metodo di Stacke soddisfa meglio alle giuste esigenze del paziente e al buon nome dell'operatore.

Senza completamente accordarmi col parere di Félix Cohn, il quale crede che siano pochissime le alterazioni croniche suppurative dell'orecchio medio in cui la escissione degli ossicini abbia prodotto un resultato buono permanente, io credo che i processi operativi intraauricolari sieno più adatti alla terapia degli esiti delle otiti medie purulenti, e che il metodo estra-auricolare di Stacke e di Küster sia il più indicato nelle suppurazioni dell'orecchio medio, in ispecie quando oltre alle articolazioni degli ossicini sieno cariate le pareti dell'attico timpanico e dell'antro mastoideo.

Del resto l'asportazione degli ossicini cariati traverso la via naturale del condotto auricolare incontra sovente delle difficoltà che rendono incompleta l'operazione. Alle volte incominceremo a trovare un ostacolo ai primi tentativi di dissecazione del manico del martello, urtando granulazioni fungose sanguinanti, che col loro gemizio non renderanno più visibile il campo operativo; tal'altra, essendo cariata e fungosa l'articolazione tra l'incudine e il martello, nelle trazioni che faremo per estrarre questo ossicino, ne porteremo via solo il manico ancora sano, rimanendo la testolina aderente all'incudine, la cui estrazione traverso il meato non è esente del tutto, secondo Stacke, da pericoli. Quando, nel primo tempo dell'operazione, non si riuscirà ad asportare facilmente ed in tutto il martello, sarà più ardua eziandio la disarticolazione della lunga branca dell'incudine dalla staffa, avvenendo che nelle ripetute prove di estrazione di questo secondo osso della catena si finisca per affondarlo nell'appendice della cassa timpanica, esistente sopra la parete superiore del condotto uditivo.

Stabilita insomma la diagnosi di otite media purulenta cronica per carie dell'attico timpanico, anzichè provare l'estrazione degli ossicini, con dubbio resultato, dalla via intratimpanica, assicureremo meglio il successo della cura raggiungendo le cavità accessorie del timpano col metodo estra-auricolare di Stacke, potendo così esplorare la cassa, l'epitimpano e l'antro mastoideo, tante volte simultaneamente malati, nonostante l'assenza di sintomi locali e generali. Ma qui giova ripetere che qualunque sia il metodo che si voglia adottare, intra o estratimpanico, sarebbe troppo precipitata

la decisione del chirurgo che non avesse sperimentata la cura caustica. Oltre la probabilità spesse volte di risparmiare qualunque atto operativo c'è da attendersi da essa la spontanea eliminazione degli ossicini cariati; fatto che non vidi da altri scrittori ricordato, e di cui ho il piacere di aver raccolte le storie ed eseguiti tagli istologici.

Solamente nella riunione annuale dei laringologi ed otologi del Belgio, tenuta a Liegi nel 1892, Rotten presentò un manico del martello espulso dall'orecchio in un coagulo di sangue.

Riassumerò in poche parole due storie cliniche in cui la cura caustica favorì l'eliminazione degli ossicini cariati, affrettando la guarigione dei pazienti.

Caso I. — Alfredo Pistolesi, di anni 5, di complessione apparentemente robusta, era affetto fin dal periodo di allattamento da una otite media purulenta cronica, a sinistra, che fu sempre trascurata dai genitori, perchè il bambino non si lamentava di sofferenze speciali. La madre ce lo conduce il 2 gennaio di quest'anno in clinica, perchè, dopo l'influenza, l'orecchio ha cominciato a gemere continuamente sangue, e la regione mastoidea si è leggermente tumefatta, scollando il padiglione. Il piccolo paziente accusa dolori nell'orecchio, ed ha leggiere febbri vespertine. L'esame otoscopico ci mostra il condotto ingombro di vegetazioni fungose facilmente sanguinanti e che si avanzano fin quasi al meato uditivo esterno. La secrezione è fetidissima, gialloverdastra, mista a sangue, ed aumenta ad una leggera pressione col polpastrello del dito dietro l'attacco del padiglione.

Il giorno 10 gennaio, cloroformizzato il paziente, ed eseguito il taglio di Wilde, si penetra con un piccolo cucchiaio, senza alcuna difficoltà, nell'antro mastoideo, vuotandolo di un notevole ammasso di granulazioni fungose. Con lo stesso cucchiaino, dalla via del condotto si asportano tutte le granulazioni occupanti il cavo timpanico; una irrigazione calda all'acido borico passa con molta facilità dal condotto uditivo attraverso la ferita e viceversa. Dopo quindici giorni che il bambino avea subìto l'operazione, notando che la suppurazione continuava ad essere abbondante e di cattivo odore, si procedette alla cura caustica dell'orecchio medio col metodo ordinario della scuola. Il bambino accusò per 24 ore forte dolore nell'orecchio, ed ebbe una lieve reazione febbrile.

Alla prima medicatura, cioè dopo 48 ore che si era introdotta la soluzione di nitrato d'argento nell'orecchio al tre p. c., eseguendo l'irrigazione all'acido borico, si notò, in un piccolo ammasso di pus concreto, il martello. Dopo d'allora, il bambino ha rapidamente migliorato, chiudendosi, nel termine di tre settimane, la ferita alla regione mastoidea, e cessando completamente lo scolo purulento dell'orecchio.

Esame istologico dell'ossicino espulso: decalcificazione con la fluoroglucina; colorazione col carminio alluminoso.

Le sezioni sono debolmente e uniformemente colorate. Si riconosce appena la struttura del tessuto osseo; le cellule ossee non sono visibili. Nei vasi e nel connettivo che li circonda non si riconoscono più figure nucleari. Diagnosi: frammento osseo necrotico.

Caso II. — Angela Framarin, di anni 10, di gracile costituzione, subisce nel marzo del 1893 in questa clinica l'operazione della antrectomia chiudendosi la ferita dopo due mesi di cura, ma persistendo la suppura-

zione dell'orecchio medio destro. In agosto, portata ai bagni marini, dopo due giorni di febbre altissima e vivo dolore a quest'orecchio, torna a tumefarsi la regione mastoidea. Eseguisco di nuovo l'apertura dell'antro ed asporto dalla cassa, con il portalaccio di De Rossi, un grosso polipo, che all'esame otoscopico si vede attaccato in corrispondenza dell'attico. Le irrigazioni dell'orecchio medio non sono riuscite mai a passare attraverso la ferita nè viceversa. Dopo un mese di cura, vedendo che le condizioni locali dell'orecchio medio non accennavano a migliorare e che anzi la suppurazione tornava ad esser fetida (nonostante la vasta distruzione della membrana che non permetteva ristagno di pus) e che di più tornava a formarsi una vegetazione fungosa nella parte più alta della cassa, prima di procedere alla estrazione degli ossicini, volli eseguire la cura caustica col metodo della scuola, da me già descritto, per far giungere il medicamento nell'epitimpano. La fanciulla sopportò senza grandi sofferenze la cura caustica, e dopo tre giorni, nel liquido che avea servito all'irrigazione, fu visto il martello, di cui or ora riferirò l'esame istologico. Dopo d'allora, la paziente ha preso a migliorare rapidamente, cessando lo scolo dell'orecchio medio e cicatrizzandosi la ferita mastoidea.

Esame istologico dell'ossicino espulso: Decalcificazione con la fluoroglucina: colorazione col carminio alluminoso.

Queste sezioni sono costituite da una parte in cui si riconosce tessuto osseo e da una parte, più estesa della prima, di tessuto cartilagineo. Le sezioni sono solcate da numerosi vasi circondati da abbondante tessuto connettivo, in alcuni punti infiltrato. I nuclei del connettivo e delle pareti vasali si colorano abbastanza bene col carminio; i nuclei delle cellule ossee e cartilaginee sono invece quasi completamente scomparsi. Alla periferia del preparato si riconosce in alcuni punti un tessuto di granulazione; in altri un residuo di rivestimento epiteliale; in altri un detrito amorfo. Diagnosi: carie necrotica.

Riassumendo la mia personale opinione sul valore dei più recenti progressi della medicina operativa otoiatrica, spero di non trovarmi in disaccordo con la maggioranza dei colleghi che debbono porre a dura prova la loro pazienza e sperimentare le più indefesse cure per portare a guarigione le lesioni croniche suppurative dell'orecchio medio. Come regola generale a me pare di poter concludere:

1° Che la chirurgia intratimpanica sia maggiormente indicata nella cura degli esiti delle otiti medie purulenti croniche;

2° Che i processi operativi extratimpanici assicurino più sollecitamente la guarigione delle suppurazioni croniche dell'orecchio medio, dell'epitimpano e dell'antro;

3° Che l'escissione degli ossicini cariati non sia sempre una cura radicale delle suppurazioni della cassa, quando le pareti ossee dell'attico e dell'antro sieno anch'esse cariate e queste cavità contengano masse colesteatomatose;

4° Che la cura caustica vada sempre eseguita prima di procedere a qualunque atto operativo, sia extra sia intratimpanico, nelle suppurazioni croniche della cassa, potendo questa cura essere sufficiente ad eliminare gli ossicini cariati, risparmiando un atto operativo.

Dr. S. Szenes (Budapest):

Ueber zwei geheilte Fälle von Taubheit.

Meine Herren! Ueber zwei geheilte Fälle erlaube ich mir Ihnen kurzen Bericht zu erstatten, um Ihnen einerseits den nicht ganz gewöhnlichen Verlauf zu demonstriren, andererseits aber meine Reflexionen hinzufügen zu können.

Im ersten Falle handelt es sich um ein 8 Jahre altes Mädchen, welches am 9. Juni 1893 in meine Behandlung kam. Bei dem Kinde waren 2 Wochen früher in beiden Ohren Schmerzen in Begleitung einer 39grädigen Temperaturerhöhung aufgetreten, bald darauf stellte sich aus beiden Ohren eine Eiterung ein, doch sistirte letztere auf Ausspritzungen der Ohren schon nach 2 Tagen, und trotz der specialistischen Behandlung eines anderen Collegen, waren bloss Fieber und Schmerzen verschwunden, das Gehörswermögen jedoch verschlimmerte sich von Tag zu Tag, und dieser Umstand war es eigentlich, weshalb die Eltern des Kindes mich consultirten, um sich auch noch die Ansicht eines zweiten Fachmannes einzuholen.

Bei der Untersuchung mit dem Spiegel fand ich beide Trommelfelle matt, und stellenweise eine ganz geringe Hyperaemie; Hammergriff und kurzer Fortsatz waren nur schwer zu unterscheiden, von einem Lichtkegel war keine Spur vorhanden; Spuren einer bestandenen Perforation des Trommelfells konnte ich trotz des sorgfältigsten Suchens nirgends finden. Die von mir vorgenommene Untersuchung des Gehörvermögens ergab, dass dasselbe beiderseits gleichmässig bedeutend herabgesetzt war, da das Kind die Uhr nur ad concham, ebenso die laute Sprache nur in's Ohr gesprochen hörte: bei dem Weber'schen Versuch vermag das sonst überaus kluge Kind den Stimmgabelton in keines von beiden Ohren zu localisiren, Rinne auf beiden Seiten -I-. Eine sofort vorgenommene Lufteinblasung ergab ein nahezu normales Gehörvermögen, doch blieb das Trommelfellbild unverändert. Nun bemerkte mir aber die Mutter des Kindes sofort, dass die Lufteinblasung auch von dem früher behandelnden Collegen täglich vorgenommen wurde, und verursachte auch dieselbe stets eine Verbesserung des Gehörvermögens, doch hielt diese Besserung kaum nur 4 Stunden lange an, um dann constant in solchem Zustande zu verweilen, wie ich das Kind bei der ersten Untersuchung angetroffen habe.

Da jedoch die vorgenommene Lufteinblasung von günstigem Erfolge war, entschloss ich mich expectativ vorzugehen, liess das Kind täglich zu mir kommen und machte ihm immer eine Lufteinblasung. In dieser Weise setzte ich nun das Verfahren 16 Tage hindurch immer fort, doch verschlimmerte sich der Zustand täglich, indem die momentan aufgetretene Verbesserung des Gehörvermögens von Tag zu Tag immer nur kürzere Zeit anhielt, so dass in den letzten Tagen das Gehör nach einer gemachten Luftdouche auf kaum 2 Minuten lang gut wurde, denn das Kind antwortete auf 2 Fragen immer gut hörend, bei der dritten Frage jedoch konnte ich mich blos auf schriftlichem Wege verständlich machen. Eine jetzt vorgenommene Prüfung des Gehörvermögens ergab folgendes Resultat: Uhr ad concham = 0, ja selbst nicht einmal per Knochenleitung war dieselbe hörbar; weder tiefe noch hohe Stimmgabeltöne wurden percepirt, nicht per Luftleitung und

auch nicht per Knochenleitung (ich setzte die Stimmgabeln im letzten Falle immer am Scheitel, an der Nasenwurzel, am Oberkiefer und endlich am Warzenfortsatz, doch von keiner dieser Stellen wurde der Ton weitergeleitet; das kluge Kind meinte beim Ansetzen der tiefen Stimmgabel nur Etwas zu fühlen, aber nicht zu hören. Ich versuchte nun mittelst Hörrohrs in's Ohr zu sprechen, worauf das Kind hörte und ich auch deshalb den Zustand für nicht ganz hoffnungslos erklärte.

Schliesslich möchte ich nur noch erwähnen, dass das Kind über ein fortwährendes dumpfes Sausen in beiden Ohren klagte.

In diesem Stadium entschloss ich mich nun zu einer Pilocarpincur, um so eher, da der allgemeine Zustand des Kindes eine solche nicht contraindicirte. Die erste Injection machte ich selbst, die übrigen der Hausarzt der Familie. 1 Centigr. pro dosis wurde dem Kinde subcutan injicirt, und zwar des Morgens auf nüchterem Magen. Es trat hierauf in Begleitung einer reichlichen Speichelsecretion auch eine profuse Absonderung des Schweisses auf, und das Kind verbrachte 1 $^{1}/_{2}$ - 2 Stunden immer im Bette, später aber stand es auf, frühstückte und kam dann Nachmittags immer in meine Sprechstunde, wo ich ihm auch noch eine Luftdouche gab.

Am 25, 26, 27 und 28 Juni wurde das Kind nun so behandelt, am 28 Juni bekam das Kind blos die Luftdouche, da der behandelnde Hausarzt keine Injection machte; am 30. Juni bekam es die fünfte Injection und an diesem Tage kehrte das Geruchsvermögen zurück. (Bei dem Kinde hatte nämlich auch noch eine Anosmie bestanden).

Am 1. Juli und 2. Juli blieben wieder die Pilocarpininjectionen aus, und das Kind bekam nur die Luftdouche; am 3. Juli Pilocarpin und Nachmittags eine Luftdouche; an diesem Tage war das Gehörvermögen schon so weit gebessert, dass das Kind die in's Ohr gesprochene laute Sprache (ohne Gehörrohr) hören konnte. Endlich am 4. Juli bekam es die siebente und letzte Injection, nach welcher das Kind ein Knacken in beiden Ohren gefühlt zu haben angab, und seit diesem war das Gehör wieder zurückgekehrt. Von nun ab wurde das Kind bloss observirt; von Zeit zu Zeit sah ich es wieder, und liess mir's noch vor einigen Tagen vorführen, konnte aber trotz der sogfältigsten Untersuchung keine Defection des Gehörvermögens nachweisen.

Es fragt sich nun für was der ganze Process anzusehen wäre. Der Anamnese nach könnte man auf eine Otitis media suppurativa acuta bilateralis schliessen, mit einer zwei Tage gedauerter Suppuration, doch da ich das Kind zum ersten Male erst zwei Wochen später gesehen, bleibt es immer nur bei einem Verdacht. Der ganze Verlauf machte im ersten Momente auf mich den Eindruck, als hätte ich es mit einer influenzösen Erkrankung zu thun, wofür vielleicht auch die bestandene Anosmie als Argument herangezogen werden könnte, da ich Veränderungen in der Geruchssphäre während der Influenzaepidemie im Jahre 1889-90 öfter fand und auch von anderen Beobachtern verzeichnet wurde; in der Nase und Nasenrachenraum jedoch konnte ich keine krankhafte Veränderungen nachweisen. Das bei der ersten Untersuchung vorgefundene Trommelfellbild war beiderseits ein solches, welches wohl auf eine vorhergegangene Paukenhöhlenerkrankung zeigte, doch da ich keine Spuren der Perforation vorfand, liess sich schwer mit Bestimmtheit die eitrige Mittelohrentzündung nachweisen. Ebenso unsicheren Auf-

schluss scheinen mir zu geben über den Sitz des Processes die Veränderungen im Bereiche des Gehörvermögens. Eine Herabsetzung der Hörschärfe kommt zwar in den verschiedensten Nuancen bei Paukenhöhleneiterungen vor, doch dass das Gehörvermögen sich vor meinen Augen von Tag zu Tag verschlimmerte und in letzterer Zeit sogar die Knochenleitung aufgehoben war, lässt ja kaum den Verdacht verbergen, dass nebst der Paukenhöhle auch noch das Labyrinth mitafficirt war. Dies ist übrigens auch die Ursache, weshalb ich nicht von einem decidirt ausgesprochenen Krankheitsprocesse sprach und mich bloss auf die nur symptomatisch bezeichnende Diagnose « Taubheit » beschränke.

Anders verhält es sich aber *quoad therapiam*. Hier halte ich das « post hoc ergo propter hoc » für unstreitig, nämlich bezüglich des Pilocarpins. Denn, hätte es sich um eine Schwerhörigkeit gehandelt, welche ohne Etwas hinzuzuthun oder aber auf Luftdouche-Behandlung besser werden sollte, so wäre doch die Dauer von über vier Wochen hinlänglich hierzu gewesen, in welcher Zeit nämlich nichts Anderes als die Luftdouche angewendet wurde. Doch war das nicht der Fall, sondern das Gehör war ja von Tag zu Tag schlimmer und schlimmer geworden, bis nun die angeleitete Pilocarpincur das normale Gehörvermögen wieder herbeischaffte.

Die Wirkung des Pilocarpins selbst erkläre ich mir ganz so wie Schubert, u. z. als wirkungsvolle Resorption, welche eine Rückbildung einer begleitenden Labyrinthhyperämie oder eines Exsudates hierselbst, welch'letzteres mit der Paukenhöhlenaffection einhergegangen war, hervorbrachte. Wie immer es sei, glaube ich, dass der Fall in seinem ganzen Verlaufe so viel Interessantes bot, um einer Veröffentlichung werth zu sein.

Als Gegenstück lege ich nun den zweiten Fall bei, wo es sich ebenfalls um die Wiederkehr des Gehörvermögens handelt, jedoch ohne jedwelchen therapeutischen Eingriff, und führe ich denselben nur aus dem Grunde an, weil er bei einem eventuellen Eingriffe sehr leicht zu irrigen Anschauungen, bezüglich der Therapie, hätte führen können.

Es handelt sich hier um einen 60 Jahre alten, schon in Folge seines Berufes, musikalisch gebildeten Herren, zu dem ich am 9. Dezember 1892 gerufen wurde.

Pat. wurde bereits vor 20 Jahren wegen einer Schwerhörigkeit durch einigen Wochen soweit mit Erfolg catheterisirt, dass er zwar auf dem rechten Ohre stets etwas schwächer hörte als linkerseits, doch war diese Gehörschwäche keine solch' bedeutende, dass sie ihn in seinem Berufe als Cantor oder im socialen Verkehr gestört hätte, weshalb er sich auch gar nicht behandeln liess. Doch anders bestand es jetzt.

Bei dem Patienten besteht nach der Aussage seines behandelnden Arztes ein atheromatöser Process mit einem Lungenemphysem, und in Folge dieser eine schwache Hypertrophie des rechten Herzventrikels. Der Patient ist wegen eines, seinen emphysematösen Zustand fühlbar machenden Bronchialcatarrhs seit einigen Tagen zu Hause geblieben und merkt beim Erwachen um 4 Uhr Morgens, dass es am linken Ohre plötzlich taub geworden ist, denn Abends vorher hat er noch ganz gut gehört. Es wird sofort um den Hausarzt geschickt, welcher mich holen liess, und ich fand nun folgenden Status praesens:

Der trotz seiner plötzlich aufgetretenen Ertaubung sehr aufgeregte Patient liegt ruhig im Bette, denn bei der geringsten Bewegung mit dem Kopfe

stellt sich Schwindel ein, welcher sich beim Aufsetzen im Bette bedeutend verstärkt; vom Bette herausgeholt mussten wir ihn behutsam führen, denn er taumelte beim Gehen und klagte auch noch über Eingenommenheit im Kopfe und Brechreiz. Die Spiegel-Untersuchung ergab ein negatives Resultat, da beide Trommelfelle, abgesehen von einer kleinen halbmondförmigen Kalkablagerung in der hinteren Hälfte des linken Trommelfells und einer gelben Verdickung nahezu im Centrum des rechten Trommelfels, nichts verrathen liessen, wovon man auf einen acuten oder subacut gewordenen Process folgern hätte können.

Die bei dem Pat. vorgenommene Prüfung des Gehörvermögens, insoweit dies im Hause des Patienten in so früher Morgenstunde möglich war, ergab auf der plötzlich ertaubten linken Seite eine solch' hochgradige Herabsetzung derselben, dass er nur stark in's Ohr gesprochene Worte hörte, für die *a* Stimmgabel war die Luftleitung = *o* und die Knochenleitung vom Oberkiefer und Warzenfortsatz, nicht aber vom Scheitel aus, erhalten. In Folge des 60jährigen Alters schrieb ich übrigens der unvollständigen Knochenleitung keine besondere Bedeutung zu. Ebenso kümmerte ich mich nicht viel um das rechte Ohr, in welchem eine chronische Mittelohrsklerose bestand. Bei der sofort vorgenommenen Catheterisation drang die Luft durch beide Tuben ganz gut ein, doch erfolgte hieraus gar keine Veränderung im Bereiche des Hörvermögens.

Da Jodkalium bei dem Patienten heftigen Schnupfen zu verursachen pflegt und Pilocarpin wegen der pathologischen Veränderung im Herzen contraindicirt war, verordneten wir dem Patienten absolute Ruhe, halbstündlich einen kalten Ueberschlag auf den Kopf und gegen den Brechreiz Limonade.

Im Laufe des Tages besuchte ich abermals den Kranken, dessen Zustand unverändert geblieben war, doch am nächsten Nachmittage, also kaum 36 Stunden nach dem erfolgten, apoplektisch aufgetretenen Insult, kehrte das Gehörvermögen wieder, doch den Kopfschwindel und die übrigen subjectiven Unannehmlichkeiten verlor Pat. erst nach zehn Tagen, als er auch bereits ausging.

Ein halbes Jahr später besuchte mich Pat., und ich fand bei ihm das Gehörvermögen beiderseits geschwächt, rechts in bedeutend stärkerem Maasse, da er die Uhr hier bloss auf 1 Ctm. hörte, welche er links auf 120 Ctm. hörte, auch konnte er rechterseits tiefe Stimmgabeltöne per Luftleitung nicht hören; bei dem Weber'schen Versuch wird der Stimmgabelton in's linke Ohr localisirt, Rinne war bloss linkerseits +. Da, wie bereits erwähnt, Patient weder in seinem Berufe, noch im socialen Verkehr durch das schwächere Gehörvermögen gehindert war, unterzog er sich auch keiner Behandlung.

Es fragt sich nun, wie die linkerseits plötzlich aufgetretene und nach 36 Stunden wieder verschwundene Ertaubung zu erklären wäre. Am plausibelsten wäre eine Embolie oder Thrombose anzunehmen, um so eher, weil doch der atheromatöse Process des Patienten in genügender Weise hierzu Gelegenheit bieten konnte. Für ebenso wahrscheinlich könnte man eine Haemorrhagie annehmen, welche nach 36 Stunden in soweit besser wurde, dass das Gehörvermögen wiederkehrte, die vollkommene Heilung jedoch erst nach einigen Tagen, mit dem Verschwinden des Kopfschwindels und Brechreizes, eintrat.

Doch wie immer der Krankheitsprocess geklärt wird, so viel ist sicher, dass in diesem Falle eine sofort angewandete und am nächsten Morgen wiederholte Pilocarpininjection eine Wiederkehr des Gehörvermögens nicht verhindert hätte, und sehr leicht der irrigen Ansicht, zu Folge des « post hoc ergo propter hoc » Platz gegeben hätte und dem Pilocarpin jene gute Eigenschaft zugeschrieben worden wäre, dass es auch schon nach zweimaliger Anwendung wirksam sein kann.

Nun wollte ich aber eben diese zwei Fälle neben einander gestellt haben, um zu beweisen, wie leicht die eventuelle werthvollste Wirkung eines Mittels, nach einer nicht praecisirten Indication angewendet, auf leichteste Art discreditirt werden kann.

Discussione

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Chiede a Szenes se nel primo caso non si trattava di isterismo infantile e nel secondo caso di sifilide acquisita.

Dott. **G. Avoledo** (Milano): Crede le iniezioni di pilocarpina più utili negli esiti di otite purulenta media cronica, che nelle forme di catarri lenti della cassa e nelle forme iperplastiche.

Szenes: Auf die Fragen des Herren Gradenigo kann ich nur mit *nein* antworten; ich selbst war im ersten Fall überaus vorsichtig und habe auch im ersten Momente auf eine Hysteria puerilis Verdacht gehabt, doch habe ich genügende Gelegenheit gehabt mich davon zu überzeugen, dass das Pilocarpin keine suggestive, sondern eine curative Wirkung machte. Bei dem zweiten Falle habe auch ich in erster Reihe auf Syphilis Verdacht gehabt; um so eher, da mir das ganze Bild als das eines Menière'schen Processes schien, wo man doch in erster Reihe an Luës denken muss; doch hier war die Syphilis ausgeschlossen.

Bezüglich der Anfrage des Herrn Avoledo muss ich es gestehen, dass ich in einer ziemlichen Zahl der Fälle Pilocarpin versuchte, doch ohne Resultat; speciell bei Mittelohrsklerosen konnte ich höchstens eine geringe Verminderung der subjectiven Gehörsempfindungen erzielen, und selbst dies möchte ich nur für suggerirt ansehen. Auf Grund der von Schubert gestellten neuen Indication nahm ich nun als ultimum Refugium zu dem Pilocarpin Zuflucht und meine feste Ueberzeugung ist's, dass in diesem Falle nur dem Pilocarpin der günstige Erfolg zugeschrieben werden kann.

Doct. **Dundas Grant** (Londres):

Spéculum grossissant, pour les opérations dans l'oreille.

Cet instrument consiste dans un spéculum en argent auquel est attachée, au moyen d'une charnière, une loupe convenable pour l'examen du tympan. J'ai fait détrancher de la partie inférieure de l'entonnoir, aussi bien que de la loupe, autant qu'il est possible de le faire sans nuire à la perfection de la vue. De cette manière il est facile de se servir d'un stylet courbe et même d'autres instruments pendant que l'on a une image grossie des objets au fond du

conduit auditif externe. La loupe peut être relevée en haut au moyen de la charnière.

Pour faciliter le maniement de l'instrument, j'ai fait adapter un petit bouton à surface raboteuse dans une position convenable pour le pouce de la main gauche.

Ce spéculum se recommande à ceux qui ont la vue faible et à ceux qui désirent faire un examen plus minutieux pour confirmer ou corriger les résultats de l'inspection faite au moyen de l'œil nu.

Bistouri courbe pour l'incision des furoncles dans le conduit auditif extérieur.

Cet instrument est un petit bistouri courbe, au bout d'une tige en acier, qui peut être fixée sur n'importe quel manche. Il peut être introduit dans le conduit sans aucune difficulté, et permet de faire l'incision des furoncles de dedans en dehors. Ainsi l'opération ne peut pas manquer, même si le malade se retire de la manière usuelle. On évite la nécessité, qui d'ailleurs n'est pas très rare, de devoir faire plusieurs essais avant d'inciser complètement le furoncle, et, en outre, il évite la moindre possibilité de léser la membrane du tympan par une glissade malheureuse, qui pourrait se vérifier avec un bistouri qui coupe par transfixion de dehors en dedans.

Dott. V. **Garzia** (Napoli):

Influenza della malaria sulle malattie auricolari.

Da due anni a questa parte ho avuto l'opportunità di osservare e curare ventiquattro infermi, affetti da svariate forme di malattie auricolari, dopo aver sofferte febbri di malaria.

Di questi ammalati, nove casi appartenevano al personale delle ferrovie, mandatimi, per cortesia, dal dottor De Amico di Napoli, e quasi tutti appartenevano al personale viaggiante, ed in tutti la malattia è stata sempre bilaterale.

Nei casi d'infezione acuta, gli accessi febbrili s'iniziavano con dolore all'orecchio, che cessava coll'abbassamento della febbre, lasciando però l'infermo nell'apiressia sordo, come ebbi a constatare più volte.

Dopo però avere somministrati i sali di chinina cessava la febbre, e colla febbre cessavano l'otalgia e l'anestesia del nervo acustico.

Ne' casi di otite esterna e media, causate dalla malaria, oltre i soliti mezzi locali, mi sono servito sempre de' sali di chinina, avendone avuto sempre buoni risultati, ed usandoli non ad alte dosi.

La gente profana crede che il chinino sia causa di molte malattie auricolari, e quindi sente una grande ripugnanza a prendere questo medicinale. Ciò è vero fino ad un certo punto. È saputo che i sali di chinina presi a grandi dosi producono rumori nelle orecchie e sordità per un certo tempo; ma ciò dura poco, e la sordità ed i rumori vanno pian pianino scomparendo fino a cessare completamente.

Non ho avuto mai a dolermene somministrando qualche volta alte dosi di chinino, da non superare però la quantità di due grammi.

Molti autori che hanno trattato questo argomento credono, ed io sono con essi, che il chinino dato anche ad alte dosi non sia la vera causa della sordità e de'rumori auricolari, ma ciò avvenga per l'inquinamento della malaria.

L'azione del chinino è sempre transitoria, e quando, dopo aver somministrato tale rimedio, vi rimane la sordità permanente, si deve pensare piuttosto alla localizzazione della malaria nell'apparecchio nervoso acustico, ed in conferma di ciò vediamo i vantaggi che arreca il chinino in certe malattie labirintiche e nelle vertigini auricolari.

Sicchè dalle mie osservazioni ho potuto convincermi che la malaria produce sull'orecchio congestioni ed infiammazioni, da penetrare fin nell'apparecchio nervoso acustico, se l'ammalato dimora per lungo tempo in luoghi di malaria.

Che questa malattia è curabile con i rimedii specifici della infezione, dati internamente, e con i rimedii disinfettanti locali, quando la terapia giunge prontamente a scongiurare le lesioni già prodotte.

Quarta Seduta.

3 aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. Colladon (Ginevra).

Dr. **Clarence J. Blake** (Boston):

The use of the curette in operation on the mastoid.

In cases of chronic suppurative disease of the middle ear, where mastoid disease has supervened as an acute complication, or where there is acute mastoiditis with evidence of suppuration, and especially when there is probability of disease of the inner mastoid wall, the curette, after the opening of the mastoid cells by removal of the cortex by means of the drill and chisel. or the chisel alone, is a valuable instrument. The course which I have usually pursued in this class of mastoid operations, has been to make small opening in the mastoid with the drill, then to enlarge this with the chisel and immediately to use the curettes of different sizes until all of the diseased tissue is removed and the interior surface of the mastoid cavity is quite smooth and a free opening has been made into the antrum mastoideum; the operative cavity is then allowed to fill with blood and after the formation of the clot the wound is douched with hot sterilized water and the wound closed without sutures; and dry baked dressings are applied. The operation on the mastoid is always preceeded by a large incision of the membrana tympani and of any intra tympanic folds, which may be likely to interfere with drainage from the middle ear. The best results obtained in this class of cases has been a complete healing in five days, as the result of the substitution of a sterile clot filling the excavated mastoid cavity in place of the diseased

tissue removed. The curettes are made with a long tip and a rounded bowl, and can be safely used for removal of the inner wall of the mastoid, as the rounded bowl pushes the dura away and the work of the cutting is always outward. The handles of the curettes are marked on the side corresponding to the cutting edge of the curette.

Discussione

Prof. A. **Politzer** (Vienne): Demande à M. Blake s'il a trouvé quelquefois une communication entre l'abcès mastoïdien et l'antre-mastoïdien. Politzer en a trouvé très rarement.

Prof. **Blake**: Confirme l'observation de M. Politzer.

Prof. C. J. **Blake** (Boston):

Remarks on extraction of the stapes in chronic non-suppurative disease of the middle ear.

Of the twenty two cases operated upon, there has been an improvement in but one, and in that case the operation was done before the fixation of the stapes was complete. Of the remaining 21 cases, there was no definite improvement and some of them were made worse both as to hearing and *tinnitus aurium*. In five of the cases vertigo more or less severe supervened as the result of the operation and in two cases has continued up to this time.

As the result of the further observation of these cases, which clinically are in accord with the pathological observation of Prof. Politzer, I am of the opinion that the removal of the stapes in cases of chronic non-suppurative disease is not advisable, both because the pathological condition in the majority of those cases in which other middle ear treatment is ineffectual, renders the attempt at extraction ineffectual or accompanied by danger of labyrinthic disturbance. In all of the non suppurative cases the operation of exploratory tympanotomy is to be preferred, an operation without general anaesthesia during which the hearing may be tested from time to time and after which the opening in the membrana tympani may be closed by a paper dressing and usually heals in from three to five days.

In suppurative disease with caries of the ossicles, the question of removal of the stapes in part or in whole becomes a question under general surgical rules.

Discussione

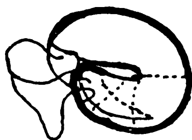
Prof. V. **Cozzolino** (Napoli): Dice oggi quello che ha detto altre volte, come nel Congresso nazionale di Pavia 1887, cioè che l'oto-chirurgia della sfera media a scopo acustico dà risultati incerti e temporanei nei processi adesivi o iperplastici primitivi della cassa, mentre questi risultati sono sicuri e duraturi negli esiti sclerotici delle flogosi piogene della cassa, donde in quelle forme, o non praticarla o praticarla solo a scopo diagnostico; mentre in queste si ha il dovere di sempre praticarla a scopo curativo, cioè *quoad*

functionem, migliorando sensibilmente e durevolmente l'audizione non che i disturbi subiettivi: rumori, vertigini, ecc.

Prof. **E. De Rossi** (Roma): Domando al professor Blake che cosa intende per mobilizzazione della staffa, e in che modo procede nell'operazione.

Doct. **H. Colladon** (Genève): La communication du professeur Blake a d'autant plus d'importance qu'elle semble devoir trancher d'une manière définitive la question de l'extraction de l'étrier dans les affections non suppurées chroniques de la caisse. En effet, dans l'immense majorité (16) des vingt-deux cas cités par le rapporteur, non seulement les symptômes ne se sont pas amendés, mais, au contraire, se sont aggravés et se sont compliqués de vertiges. Ne pas nuire, telle est la première indication. Le procédé opératoire dont il s'agit devra donc être réservé aux affections suppurées de l'oreille moyenne.

Clarence J. Blake: This form of operation without general anaesthesia takes advantage of the insensitive parts of the membrana tympani, which are found to be progressively sensitive from below upward and an incision made opposite the round window causes, in the majority of cases, but little pain and permits the application of a sterilized solution of cocaine to the cut edges and a usually painless continuance of the incision, which, as described in previous communications, forms a flap which falls outward and exposes the insensitive region of the incus and stapes. Through this opening tenotomy of the tensor tympani or stapedius and division of adhesions may be done painlessly so long as the instrument is not allowed to touch the edges of the cut in the membrana tympani. After operation the application of a paper dressing moistened in sterilized water serves to close the opening effectually and the healing is so complete that the operation may be repeated at intervals, if it seems desirable for repetition of mobilization of the stapes or for other operations.



Prof. **E. De Rossi** (Rome): Je tiens à faire remarquer qu'il y a plusieurs années, en 1871, j'opérai 2 individus très sourds à la suite de suppuration de l'oreille moyenne. C'était avant Kessel que j'avais obtenu de très bons résultats en mobilisant l'étrier au moyen de la désarticulation de la longue branche de l'enclume avec l'étrier.

Je procède à l'opération de la façon suivante: Je fais une piqûre au centre de la membrane près du manche du marteau; je laisse l'aiguille lancéolaire, et j'introduis un couteau mousse, avec lequel je poursuis mon incision tout le long du manche, et je fais un lambeau en charnière, lambeau que je tire en dehors vers le conduit.

Je mets ainsi à découvert l'articulation de l'étrier avec la longue branche de l'enclume, et je la coupe luxant ensuite la longue branche de l'enclume. Je coupe les adhérences de l'étrier s'il y en a et je remets en place le lambeau en le maintenant avec de la ouate trempée dans la boro-glycérine.

L'adhésion se fait très vite en deux ou trois jours.

Doct. **M. I. Gellé** (Paris): Est vivement frappé de ce qu'il résulte de la pratique de divers orateurs qui ont parlé sur cette question de la mobili-

sation de l'étrier, à propos de la communication du professeur Blake (Cl.): que les améliorations n'ont été notées que dans le cas où l'immobilité de l'étrier était consécutive à l'otite suppurative, tandis que tous signalent l'insuccès complet de cette opération dans les cas d'otite sèche, de sclérose de la caisse du tympan.

Doct. **P. Garnault** (Paris):

Trois cas d'extraction de l'étrier.

Depuis que l'on sait, grâce surtout aux expériences de Kessel et de Botey, et contrairement aux opinions anciennes, que l'extraction de l'étrier, exécutée avec des précautions convenables, est une opération bénigne, elle a été tentée, dans ces dernières années, de divers côtés.

Elle peut être faite:

1. Dans les otites chroniques hypertrophiques avec adhérences et brides rétractées reliant les branches de l'étrier aux parois du pelvis oralis. Indépendamment de ces brides il existe, d'ordinaire, simultanément, une modification du ligament péri-annulaire de l'étrier déterminant une compression plus ou moins marquée du labyrinthe.

2. Dans les otites purulentes chroniques, ou plutôt dans les cas où il existe des troubles de l'ouïe consécutifs à d'anciennes otites purulentes chroniques; car, malgré les résultats favorables obtenus par divers auteurs, Jack, Blake, je persiste à croire qu'on ne doit enlever l'étrier qu'après guérison de la suppuration. D'ordinaire, la fenêtre ovale est comblée par un tissu de granulation qui la rend très difficile à distinguer lorsque l'enclume n'est plus articulée avec l'étrier ou lorsqu'on n'aperçoit pas la tête de l'étrier.

3. Dans les scléroses de la chaîne, accompagnées de diminution de l'ouïe et de bourdonnement. La conservation de la perception crânienne semble, au moins théoriquement, devoir faire espérer un bon résultat de l'opération, au point de vue de l'ouïe.

Les symptômes subjectifs qui semblent indiquer la stapédectomie sont la diminution notable de l'ouïe et les bourdonnements; lorsque ces deux groupes de phénomènes n'ont pas été influencés par les traitements ordinaires conservateurs qui doivent être tentés dans les deux premières catégories, puisque dans la troisième on peut dire que tous les traitements sont illusoires.

Dans les deux premières catégories on peut tenter, avant l'extraction, la mobilisation ou plutôt la périsynéchotomie de l'étrier qui pourra donner de bons résultats. Mais dans les cas trop fréquents où le ligament péristapédial a subi des modifications profondes, lorsqu'il existe des soudures des branches ou de la platine de l'étrier aux parois du pelvis oralis et, dans tous les cas, de la troisième catégorie, la stapédectomie sera nettement indiquée.

Le mode d'intervention consistant à imprimer, par suite de traction sur les branches de l'étrier, des mouvements destinés à augmenter l'élasticité du ligament annulaire et à diminuer la compression labyrinthique me paraît absolument illusoire; c'est à lui, en tout cas, que l'on doit réserver le nom de mobilisation de l'étrier.

Les trois cas que je vais rapporter brièvement ont été opérés au chloroforme. Ils représentent les trois catégories dans lesquelles, à mon avis, l'opération peut être tentée.

Premier cas. — M. X..., 43 ans, opéré le 14 novembre 1893. Otite moyenne chronique hypertrophique avec adhérences du tympan à la caisse, manche du marteau fortement relevé. Il a été longtemps traité par le tubage et les insufflations d'air. L'oreille droite est beaucoup plus affectée. L'épreuve de Ruine est nettement négative, la perception osseuse est bien conservée. Le bruit de la montre est à peine perçu au contact, le langage chuchoté est entendu à 25 centimètres. Après l'opération (l'ouverture du tympan a été faite au galvano-cautère), vertiges, nausées, qui ont complètement disparu au bout de quatre jours.

L'audition, devenue nulle dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, s'est progressivement améliorée; elle se maintient stationnaire depuis deux mois; la montre est entendue à 7 centimètres, la voix chuchotée à 70 centimètres, mais les bourdonnements ont complètement et définitivement disparu, à partir du huitième jour après l'opération.

Deuxième cas. — M. Z..., 17 ans. Vieille otite purulente chronique droite, accompagnée de diminution de l'ouïe et de bourdonnements. Traité sans succès depuis plusieurs années. La guérison de la suppuration fut obtenue très rapidement après l'extraction du marteau et de l'enclume; ce dernier osselet était fortement carié. Au moment de l'opération de la stapédectomie, la montre est entendue au contact, la perception crânienne pour le diapason est bonne, l'étrier, dont on voit la tête, est extrait avec une pince. Abaissement du pouls au moment de l'extraction, peu de vertige au réveil, pas de nausées, mais surdité complète; l'audition s'est améliorée par la suite; elle n'est pas redevenue supérieure à ce qu'elle était au moment de l'opération, mais les bourdonnements ont disparu d'une façon complète.

Troisième cas. — M. M..., 54 ans, sclérose ancienne typique. Audition de la montre par l'air nulle. Le langage chuchoté n'est pas entendu. Rume négatif, mais faiblement; durée de la perception crânienne notablement amoindrie; bourdonnements très intenses. Les deux oreilles se présentent dans des conditions semblables, mais les bourdonnements sont beaucoup plus prononcés à droite, ce qui me détermine à opérer plutôt cette oreille. Après l'opération, faite le 5 décembre 1893, vertiges et nausées, bourdonnements intenses, mais les bourdonnements ont diminué progressivement, sans pourtant disparaître complètement. La surdité n'a pas été sensiblement améliorée.

Ce qui ressort surtout de l'observation de ces cas, c'est l'innocuité de l'opération. Il ne s'est produit ni fièvre, ni réaction; le malade a pu se lever, le troisième jour, sans inconvénient; lorsqu'il s'est produit du vertige et des nausées, ces phénomènes n'ont pas présenté, bien s'en faut, l'intensité qu'a observée Bezold dans le cas dont il a rapporté l'observation.

On remarquera, en second lieu, que les bourdonnements ont diminué notablement dans les trois cas, sans cependant disparaître dans le dernier. L'audition, après avoir été fortement diminuée, a été améliorée dans deux cas.

Il serait prématuré d'essayer actuellement de définir d'une manière très précise les indications de l'opération et de juger, d'après le petit nombre des

cas encore rapportés, les résultats qu'elle pourra donner et qui seront assurément très variables. Ce serait, je crois, entretenir des illusions d'espérer que l'extraction des osselets de l'ouïe, de l'étrier en particulier, dans les cas où ces organes seront devenus des obstacles à la transmission du son vers le labyrinthe, pourra donner des résultats comparables à l'opération de la cataracte à laquelle on peut cependant la comparer. Les appréciations enthousiastes de Jack sont compensées par les réserves de Blake et celles de Bezold; mais les cas cités par Schwartze et par moi sont plutôt encourageants, même au point de vue de l'audition.

Pour ce qui concerne les bourdonnements, les résultats que j'ai obtenus me paraissent assez remarquables, pour que je n'hésite pas à conseiller la stapédectomie, lorsque les bourdonnements ont atteint un certain degré. Dans tous les cas, l'innocuité de cette opération permet d'en conseiller une exécution beaucoup plus fréquente qui permettra d'arriver bientôt à une opinion définitive sur sa valeur.

Nous avons été arrêté plusieurs fois par l'impossibilité de voir ou d'atteindre la fenêtre ovale; nous sommes un peu surpris que plusieurs auteurs, ayant mobilisé fréquemment l'étrier, ne fassent pas allusion à cette difficulté; elle sera facilement vaincue par le décollement du conduit et l'ablation de la portion du cadre tympanique qui masque la fenêtre ovale et l'étrier.

Discussione

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Osserva che lo spazio di osservazione di quattro mesi dopo l'operazione è insufficiente per fornire un criterio sui risultati di questa. In effetto, dopo le iniezioni irritanti intratimpaniche attraverso il catetere si trova di solito un miglioramento dell'acuità uditiva dovuto al rigonfiamento della mucosa e ad un parziale rilassamento delle anchilosi: ora questo stesso effetto irritativo si ha in misura maggiore dopo una operazione cruenta nella cassa. Questo può spiegare fino ad un certo punto il miglioramento leggiero nell'acuità uditiva che si osserva nei giorni immediatamente consecutivi.

Nota inoltre che anche dai casi di Garnault risulta che il miglioramento uditivo è specialmente ad ottenersi mediante la mobilizzazione della staffa nei postumi di otite purulenta, e non nelle otiti medie sclerosanti croniche.

Discussion

Garnault: J'ai observé constamment ces malades depuis plusieurs mois, et comme l'état des malades de peu varie, je crois pouvoir conclure que les résultats deviendront définitifs. Je ne crois pas que les améliorations obtenues dans deux cas soient dues à l'excitation ou l'irritation que détermine l'opération dans la caisse, puisque les résultats immédiats ont été mauvais et que ce n'est que progressivement et ultérieurement que l'oreille est revenue à son état définitif.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): Dice che si può facilmente interpretare se il vantaggio sull'audizione è dovuto all'irritazione prodotta dagli atti chirurgici,

dai farmaci iniettati nella cassa o dal solo atto chirurgico nella mobilizzazione della staffa. Nel primo e secondo caso il vantaggio, se pur vi è, è tardivo. passeggiero e poco incoraggiante; nel terzo caso il miglioramento dell'audizione, quando il caso clinico lo permette, è immediato, ed è molto più duraturo, per mesi almeno.

Doct. **M. J. Gellé** (Paris): Remarque combien les faits apportés par le docteur Garnault viennent appuyer les réflexions qu'il a faites après la communication du docteur Blake, à savoir que les améliorations ont été surtout constatées également dans les cas de fixation de l'étrier, consécutifs à des otites suppuratives, tandis que dans les cas d'otite scléreuse il y a eu insuccès total.

A propos de cette communication, il croit devoir ajouter à l'irritation de la muqueuse qu'a mentionnée le professeur Gradenigo, l'action plus profonde sur les centres nerveux, action dynamo-génique, telle qu'elle agit sur l'oreille non opérée, laquelle est souvent mieux améliorée que celle qui a été opérée.

Prof. **De Rossi** (Roma): (per un fatto personale). Osserverò al dottor Garnault che nel tradurre mentalmente dall'italiano in francese posso essermi sbagliato. Le mie osservazioni datano dal 1871.

Dott. **C. Corradi** (Verona): Osserva che oramai da tempo è ammesso come gli atti chirurgici intratimpanici, segnatamente la mobilizzazione della staffa, giovano, se mai, nelle forme postume a suppurazione e non nelle sclerosi fin dall'origine; in queste ultime; l'oratore in varie mobilizzazioni fatte non vide alcun risultato e piuttosto un peggioramento. Circa il credere che il miglioramento per operazioni intratimpaniche, quando succede, si possa attribuire ad una irritazione e non all'atto operativo vero e proprio. l'oratore osserva che il miglioramento dell'udito si nota infatti in seguito ad irritazione, come dimostrò anche Urbantschitsch, per ciò che si rapporta alle bugie o candelette nella tromba d'Eustachio; ma tali miglioramenti per semplice irritazione sogliono passare assai presto, mentre invece i miglioramenti in seguito ad atto chirurgico non sogliono comparire così presto come quelli da irritazione, ma invece qualche tempo dopo, cioè passato il trauma operatorio, e durano poi molto, anche anni.

Prof. **A. Politzer** (Vienne): Remarque que la durée des observations dans les cas de monsieur Garnault, qui ne vont pas au delà de quatre mois, est trop courte pour pouvoir parler d'un résultat durable: il fallait au moins deux ans d'observations pour parler de résultat.

Dott. **Giulio Masini** (Genova): Dice che nella sclerosi della cassa aveva praticato molte mobilizzazioni della staffa e ne era entusiasta, ma ora, dopo molte operazioni, crede che i risultati non sieno duraturi. È convinto come sia anche difficile spostare senza rompere l'ossicino.

Prof. **E. De Rossi** (Roma): Il dottor Masini ha fatto bene a distinguere i risultati ottenuti dalla mobilizzazione della staffa nei casi di otite media iperplastica da quelli che si ottengono negli esiti di otite media purulenta.

In questi ultimi, i risultati ottenuti nella mia clinica sono assolutamente brillanti, posso anche aggiungere duraturi, poichè uno dei primi operati l'ho riveduto dopo circa 10 anni, e conservava la miglioria considerevole dell'udito ottenuta in seguito all'operazione.

Dott. **Secchi** (Bologna):

Nuovo contributo alla fisiologia dell'orecchio medio.

Pochissimi fra voi ricorderanno una brevissima nota preventiva che io presentai al Congresso di Berlino, che se destò in molti incredulità, in parecchi pure per compenso destò moltissimo interesse, tanto che venne pubblicata per esteso in quasi tutti i giornali di otologia.

Il lavoro completo non l'ho ancora pubblicato, perchè le ricerche cliniche, di cui io voleva confortare il lavoro, sono lente a raccogliersi, e mi tocca pertanto ritardare il pagamento di questa cambiale. Ma perchè non abbiate a sospettare che io sia un fallito, ho pensato oggi di riconfermare quella nota, che ora riassumerò per quelli che allora non erano presenti; e di aggiungere qualche altro fatto nuovo che v'interesserà.

Io dissi allora che in base a esperimenti fatti su cani e su gatti, al laboratorio di fisiologia del mio illustre maestro professor Albertani, esperimenti fatti con ogni intelligenza e col più intelligente controllo, io era tratto a concludere: che nella cassa del timpano vi è ordinariamente pressione positiva maggiore della esterna di circa quattro mm.; che questa pressione maggiore deve essere prodotta dalla tromba, ma può esserlo anche per azione dei muscoli della cassa; che questa pressione si accresce più o meno quando un suono colpisce l'attenzione dell'animale in esperimento, e più se il suono è acuto ed intenso; e dura quanto il suono stesso. Oggi riconfermo dopo 4 anni tutto quello che allora dissi e aggiungo: che la pressione maggiore endotimpanica esiste anche nell'uomo, benchè io non abbia potuto misurarla; ma è evidentissima da ciò: che la membrana timpanica, considerata nella direzione dei suoi raggi, è curva in fuori e più dove sono scarse o mancano affatto le fibre circolari, per esempio in vicinanza della estremità del manico del martello e nelle sue cicatrici; e da ciò pure che se si punge con un ago tubulato la membrana, sicchè si ristabilisca l'equilibrio di pressione fra la cassa e il condotto uditivo, la curva della membrana e più quella delle sue cicatrici si appiana in modo evidentissimo. Che la diminuzione di pressione nel condotto uditivo, che il Politzer per primo notò nella deglutizione, non è dovuta a contrazione del tensore, ma a che nella deglutizione si apre il canale della tromba prima che la sua bocca faringea. Per ultimo vi dirò che a me pel primo è riuscito di dare la prova fisiologica che lo stapedio è antagonista del tensore, come già si credeva; perocchè, tagliato il tendine e reso impotente a contrarsi il ventre del tensore, perchè lo aveva causticato con una punta galvanica, la pressione dentro la cassa sotto l'azione dei suoni diminuiva, anzichè aumentare. Che io ora più che mai sono convinto che la catena degli ossicini e i muscoli che la muovono non rappresentano già una via di trasmissione pei suoni, ma semplicemente un apparecchio di accomodazione dell'orecchio ai suoni stessi. Che l'orecchio medio a mio credere funziona come una capsula del Marey, trasmettendo

cioè secondo il principio che in fisica va sotto il nome di principio del Pascal, con un meccanismo più comprensibile e squisitamente sensibile, le onde sonore dalla membrana timpanica alla membrana della finestra rotonda, che a questo modo ritornerebbe a essere la vera *porta auditus*. Ora, poichè io vi ho riportato dei fatti fisiologici, cioè esperimenti sul vivo, e la vecchia fisiologia dell'orecchio era tutta basata su esperimenti fatti sul cadavere, così io spero che voi tutti vi unirete a me nel far voto che nella prossima riunione internazionale degli otoiatri, per esempio alla riunione di Firenze l'anno venturo, questo argomento sia fatto oggetto di speciale discussione, che se si facesse ora sarebbe sterile, mentre che fatta allora, e con più di un anno di preparazione per parte nostra, potrebbe portare luce chiarissima in un campo che finora è stato oscuro; e, se non m'inganno, potrebbe anche aprire nuove vie e inesplorate alla terapeutica proficua, finora molto misera, perchè a base di opinioni teoretiche sbagliate.

Discussione

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Nota che una discussione intorno ai risultati di esperimenti fisiologici, eseguiti in grande numero e con grande diligenza dal collega Secchi, sarebbe oggi prematura e riuscirebbe forse sterile. Gradenigo non entrerà quindi nella discussione della interpretazione che Secchi fornisce dei suoi risultati: si limiterà ad esprimere alcune obbiezioni quali al momento gli si affacciano. Anzitutto si può ammettere che lo sfiancamento verso il condotto uditivo esterno delle cicatrici o del segmento posteriore inferiore della membrana timpanica può dipendere, piuttosto che dalla pressione aumentata endotimpanica, dagli insulti che sulla superficie interna della membrana timpanica sono esercitati dal frequente soffiarsi del naso di questi malati, ordinariamente portatori di catarri cronici delle prime vie aeree. Un fatto clinico, che sta ad infirmare la teoria di Secchi, si è che quando la membrana timpanica sia per placche calcaree trasformata in una piastra solida, difficilmente e irregolarmente vibrante, l'udizione può esser quasi normale, mentre quando havvi anchilosi delle ossicina e la membrana timpanica conserva un aspetto normale, si riscontra notevole diminuzione dell'udito.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): La catena degli ossicini è un mezzo non indispensabile, ma serve a migliorare ed accomodare la trasmissione delle onde sonore, e ciò sia tenendo conto della semplice legge formulata dal Müller sulla trasmissione delle onde fra due membrane riunite da un corpo solido, e sia per tutti i fatti che la clinica c'insegna perennemente tanto negli esiti flogistici adesivi che l'immobilizzano nelle sue parti e in tutto, e nelle sue scontinuità nei processi suppurativi (massime da tossi, infezioni, scarlatina, difteria, ecc.). Il defunto collega Sapolini sosteneva che la finestra rotonda era la via regia della trasmissione, ripetendo quello che aveva già detto lo Scarpa, chiamandola timpano secondario, appunto quanto ora si sospetta dal Secchi.

Prof. **G. Masini** (Genova): Crede che la discussione, come dice il Secchi, non possa farsi adesso: non ostante, in seguito ai suoi esperimenti egli crede che non si possa scindere la funzione di una parte dall'altra della

cassa, quindi tanto l'aria quanto la catena degli ossicini debbono prendere parte alla funzione auditiva di trasmissione. Del resto le conclusioni su questa questione sarebbero premature, quando non ancora conosciamo bene la fisiologia dell'orecchio interno specialmente. La stessa teoria dell'Helmholtz, sebbene geniale, non risponde più alle esigenze attuali della scienza, quindi è necessario aspettare ed unire le ricerche sull'orecchio interno col medio se vogliamo arrivare alla conoscenza funzionale delle singole parti che compongono l'apparato auditivo.

Dott. C. **Corradi** (Verona): Osserva che il concedere importanza per l'audizione alla catena degli ossicini non vuol dire negarla all'aria contenuta nella cassa; però è difficile per ora sostenere che la prima via serva meno della seconda o non serva affatto. D'altra parte, per la trasmissione del suono alle terminazioni nervose, non si deve perdere di vista un'altra strada, cioè quella dall'aria alle ossa del cranio, via la cui importanza fu rilevata dal Politzer. Ora il Politzer attribuisce grande importanza alla catena degli ossicini nella trasmissione, specialmente per i toni acuti, e l'O. osserva che egli appunto nelle sue esperienze aveva trovato che nella trasmissione per le ossa del cranio si distinguono i toni acuti; cioè dall'aria alle ossa del cranio sono principalmente gli acuti che si trasmettono, ciò che coincide coll'idea ora manifestata dal professore Politzer.

Doct. **M. I. Gellé** (Paris): Regarde la suprématie du rôle de la chaîne des osselets comme organe de transmission des sons, comme indiscutable; les solides, on le sait, transmettent plus vite les sons; mais ils ont ici un rôle particulier, les vibrations membraneuses deviennent solidiennes, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun changement de forme des parties, ce qui est une protection pour le labyrinthe; mais il ne nie pas que les sons pénètrent aussi par la fenêtre ronde, car le passage a lieu dans les soudures, au distoce, etc., où elle supplée à la fenêtre ovale. Au moyen des pressions centripètes on voit l'action si nette de l'immobilisation de la chaîne et de l'étrier sur le passage des ondes sonores; celle-ci s'atténuera à chaque pression; je ne vois aucune démonstration meilleure de la transmission principale par la voie des osselets de l'ouïe.

Prof. G. **Gradenigo** (Torino): Rileva che le osservazioni cliniche che si possono addurre contrariamente alla teoria di Secchi non hanno grande valore, perchè noi siamo abituati ad interpretare i fatti clinici in relazione alle teorie che dominano: bisogna in ogni singolo caso esaminare se non vi sia luogo ad un'altra interpretazione in base alla nuova teoria. Delle obbiezioni cliniche, quella che gli sembra più grave è quella che lui ha già ricordata delle chiazze calcaree della membrana timpanica.

Prof. A. **Politzer** (Vienne): croit que pour l'audition des sons bas et moyens, les osselets sont indispensables; mais non pas pour les sons aigus, car ceux-ci passent aussi par les os du crâne.

Secchi: Era già noto che si può sentire anche senza ossicini, perciò appunto sono sorte le altre teorie con cui si cerca spiegare questo fatto. L'anchilosi degli ossicini porta, è vero, una diminuzione notevole della fun-

zione, ma tutti quanti ricercano le alterazioni nella catena e dimenticano le alterazioni della finestra rotonda e del labirinto, queste troppo difficili. La mia non è la teoria del Sapolini, che era già stata sostenuta fino dal Morgagni e dallo Scarpa, ma una teoria nuova affatto. Non sono stato punto esclusivista e non nego la trasmissione per le ossa. La teoria esposta dal Gellé non mi pare punto diversa da quella del Müller, e l'azione della pressione centripeta, e potrebbe aggiungere anche quella della centrifuga, fu già studiata dall'Helmholtz stesso, e portano entrambe diminuzione della funzione. La spiegazione data dal Politzer nei casi di sinostosi del manico del martello è tanto poco vera, che la funzione uditiva migliora appunto quando, insufflando aria nella cassa, si allontana dalla staffa la porzione posteriore superiore della membrana timpanica prima a contatto della staffa stessa. Ringrazio del resto che non abbiano lasciato passare inosservata la mia comunicazione e mi auguro, come propongo, che se ne faccia ampia discussione solo quando si saranno raccolti fatti clinici e sperimentali pro e contra. Che se si riescirà a dimostrare il contrario di quanto ho asserito, io come voi ne saremo contenti come di un acquisto importantissimo per la scienza, non essendovi finora, ne son certo, nulla di esattamente e indiscutibilmente dimostrato.

Prof. **Politzer** afferma che gli esperimenti del dottor Secchi sono senza dubbio esatti, ma in opposizione colle osservazioni cliniche. In quanto al caso citato dal dottor Secchi, Politzer crede che nei casi in cui il manico del martello è attaccato alla parete interna della cassa, la trasmissione dei suoni si produce per il contatto della parte post. super. della membrana del timpano alla staffa.

Doct. **F. Madeuf** (Paris):

Auscultation de bruits de l'oreille.

Étant en Algérie, je reçus la visite d'un monsieur, qui me déclara entendre les bruits d'oreille dont se plaignait sa femme. Ces bruits n'avaient lieu que le soir. En présence de son affirmation, je me rendis à son domicile, vers 10 heures du soir, et je pus constater qu'en effet les bruits étaient perceptibles. Il s'agissait d'un bruit de piaulement très intense, correspondant au bruit du cœur, beaucoup plus fort dans la région de l'oreille, mais perceptible tout autour. En comprimant la carotide on le diminuait, l'élévation du bras l'augmentait. Ce bruit ne devenait perceptible que lorsque la tête était inclinée. L'auscultation du cœur ne présentait rien de particulier. La malade pouvait aussi déterminer ce bruit lorsqu'étant assise auprès d'une table, elle inclinait la tête dessus; j'ai donc pu étudier ce bruit à loisir, sans pouvoir en fournir une explication plausible.

Monsieur le docteur Amor, médecin arabe, a pu le constater comme moi. J'ajoute que la malade n'était pas sourde, et que son oreille ne présentait rien de bien particulier, ni son pharynx nasal, ce que j'ai pu constater par l'application du releveur.

Le traitement que j'ai prescrit a consisté en calmants, hydrothérapie, lait, bromure, sans grand espoir de succès.

A la suite de cette observation, l'idée m'est venue d'ausculter l'oreille des malades qui se plaignaient de bruits intenses, et comme mon audition est un peu défectueuse, j'emploie l'artifice suivant:

Je recherche dans mon entourage, les personnes dont l'audition est excellente, et je leur demande d'ausculter un malade sans avoir aucun renseignement sur la nature des bruits dont se plaint le patient.

Plusieurs fois ces personnes m'ont déclaré entendre les mêmes bruits que les malades.

Il serait intéressant d'ausculter soigneusement les autres parties du corps pour savoir si des bruits semblables n'existent pas.

Quoiqu'il en soit, l'auscultation des bruits de l'oreille paraît, du moins théoriquement, logique dans un certain nombre de cas; elle devrait être faite plus souvent, et je ne doute pas que le jour où certains bruits tenaces et intenses qui font le désespoir des malades seront mieux connus, la thérapeutique sera moins désarmée.

Discussione

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Nota che in tutti i trattati di otologia si riscontra la distinzione tra rumori di orecchio endotici (vascolari, muscolari, ecc.) e subbiettivi. I primi soltanto possono essere uditi anche a distanza dall'osservatore: i secondi, la cui patogenesi devesi ricercare in una irritazione dell'apparecchio di percezione dei suoni, non possono venir percepiti obbiettivamente, come non sono visti obbiettivamente i fosfeni prodotti da irritazione meccanica della retina.

Dr. **S. Szenes** (Budapest): Ich glaube, dass man eigentlich nur zweierlei Geräusche hören kann, und zwar entweder Gefäss- oder Muskelgeräusche. Anders verhält es sich aber mit der Localisation, denn man kann Geräusche oft auscultativ oder sogar mit freiem Ohre auf einer gewissen Distanz hören, welche trotz alledem ausserhalb des Ohres entstehen. In einem von mir beobachteten Falle wurde als Ursache solcher hörbarer Geräusche ein Schlag auf's Ohr erwähnt, worauf angeblich ein plötzliches Ertauben, von einem fortwährenden Picken begleitet, folgte; das Gehör war in wenigen Wochen zurückgekehrt, das Ohrgeräusch bestand noch nach einem Jahre. Letzteres war auf 15 Ctm. weit hörbar, sistirte selbst im Schlafe nicht, und war nichts Anderes als ein durch clonische Contractionen des musc. levator veli palati verursachtes Muskelgeräusch, und wurde nach einer Behandlungsdauer von 16 Tagen dauernd geheilt; es wurde täglich die Zungenwurzel mit dem Mittelfinger niedergedrückt, das Ostium pharyng. tubae Eust. mit dem Zeigefinger fest angedrückt und massirt.

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): Riferisce un caso di rumori obbiettivi nell'orecchio destro dovuti a corea del velo pendolo limitato nella parte destra di questo. La contrazione parziale del velo pendolo era visibile. Questo caso il professore Cozzolino l'ha osservato nel 1882, quando seguiva le cliniche di Vienna; e fu in quella di Pediatria del professore Viderhofer che studiò questo caso spiccato di rumore obbiettivo in una bambina di otto anni, il quale si ascoltava anche a qualche centimetro distante dal padiglione.

Prof. **G. Masini** (Genova): Come complemento ai suoi studii eseguiti col professore Fano sugli effetti delle lesioni passate sull'organo dell'udito, come ebbe a riferire alla volta della influenza reciproca fra organo auditivo e respirazione che stava a provare una doppia azione dei canali e della chiocciola sui centri bulbari; oggi crede poter dimostrare come anche per la temperatura avvenga la stessa cosa. Ottenendosi un abbassamento nella lesione dei canali, un innalzamento o una stazionarietà nella lesione della chiocciola.

Dott. **G. Isaia** (Napoli):

Contributo alla cura delle otiti medie nei soggetti scrofolosi.

Or sono due anni al primo Congresso della Società laringoiatrica tenutosi qui in Roma mi occupai dei balsamici nella cura delle otorree negli scrofolosi, e svolsi tale argomento come una nota preventiva, essendo allora all'inizio dei miei esperimenti.

Oggi posso presentarvi una casuistica completa di parecchi casi curati, ma per brevità di tempo e per non annoiarvi esporrò i criterii principali che mi hanno indotto ad adottarli e le mie considerazioni sul proposito.

Oggidì siamo in grado di poter confermare che le otorree in generale sono di natura infettiva e che la loro parte etiologica spetta all'intervento dei microrganismi patogeni, streptococco di Rosenberg, diplococco di Fraenkel e varie specie di stafilococchi piogeni, come è dimostrato dai distinti specialisti e batteriologi Gradenigo, Maggiora, Scheibe, Zweifel, Netter, Rendu ecc., mediante reperto microscopico instituito negli essudati raccolti dalle cavità timpaniche, cavità nasali, cavo naso-faringeo, ecc.

Negli essudati delle otorree scrofolose sono stati anche rinvenuti i bacilli di Koch, il quale, pel primo affermandone la esistenza, dichiarò che non solo hanno una parte importante nello sviluppo e nel decorso delle croniche suppurazioni, ma che rappresentano spesso il punto di partenza della tubercolosi generale e polmonare; conseguenza funesta sulla quale bisogna rivolgere l'attenzione.

Qui, come in tutte le lesioni, esterne, ossee, glandulari, cutanee, di natura scrofulo-tubercolosa, dànno brillanti risultati i balsamici per la loro azione antisettica, antiputrida, antibacillare. A confermare questa mia opinione posso citarvi il chiarissimo professore Politzer, che, con vantaggio, usa la terebentina mescolata alle polveri insufflate nella cassa timpanica. Lo stesso potrei dirvi del Pasteur nella cura del lupus della gola, del Landerer di Berlino, nella tubercolosi polmonale.

Io ho usato questi rimedii in soluzione alcoolica nella proporzione di terza o quarta parte di balsamo e due o tre di alcool, ovvero a parti eguali, e sì nell'una che nell'altra dose li ho adoperati per instillazione mercè contagocce, previa cocainizzazione del condotto auditivo, per evitare un po' di molestia al paziente, o per toccamento mercè un tampone bagnato nell'anzidetta soluzione.

I balsamici in queste otiti medie purulenti croniche mi sembra che siano da considerarsi come rimedio antiscrofoloso ed antitubercolare, dimodochè quando non si potesse raggiungere lo scopo della guarigione ra-

dicale, la loro efficacia, in comparazione ai comuni rimedii terapeutici, sarebbe grande, perchè modificando la superficie suppurante, la di cui secrezione da purulenta, mano mano che si applicano i balsamici diviene mucopurulenta ed indi sierosa, e rendendola meno adatta allo sviluppo dei bacilli, in generale, potrebbe prevenire la infezione tubercolare.

Ciò premesso, io sono di avviso che l'otoiatra, in virtù del terreno speciale dove queste otorree si sviluppano, specie nei bambini, ed in omaggio ai risultati batteriologici, debba prenderle in seria considerazione, potendo rappresentare un pericolosissimo focolaio tubercolare localizzato nella cassa timpanica. Egli ha il dovere quindi di distruggerlo subito, pigliando ad esempio il chirurgo generico che prematuramente entra nel campo delle affezioni scrofulo-tubercolari, reseca ed amputa generosamente tutto per prevenire un morbo così letale, dove la terapia ancora oggidì sventuratamente è rimasta inefficace.

Discussione

Prof. **V. Cozzolino** (Napoli): Non discute la terapia, perchè sembra cosa superflua apportare modifiche alle sovrane e incontestabili indicazioni antisettiche, ecc. Solo domanda al dottore Isaia se sia ancora oggi legittimo, cioè se sia un linguaggio scientifico usare la parola *otorrea* dopo tanti progressi dell'anatomia patologica che ci spiega il perchè della cronicità delle suppurazioni auricolari; e che cosa intenda per l'aggettivo *scrofolosa* nel 1894!

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Nota che il vocabolo di *otorrea scrofolosa* dovrebbe oggi essere abbandonato, e si dovrebbe esattamente differenziare caso per caso, a seconda della qualità dei microorganismi infettanti e dell'esistenza o no di alterazioni ossee dimostrabili, le quali rendono spesso indispensabile l'intervento chirurgico. La indicazione degli effetti d'un rimedio locale è incompleta quando non si tenga conto delle particolarità di ciascun caso.

Szenes: Zur Bemerkung des Herrn Gradenigo möchte ich mir erlauben zu bemerken, dass ich ebenfalls der Ansicht bin, welche ich übrigens in einem Aufsatze « Zur Pathologie und Therapie der acuten Otitis media » (Allgem. Wiener med. Zeitung) schon im Jahre 1889 betonte; nur glaube ich, dass man in einer überaus grösseren Anzahl der Fälle eben nur von einer Mischinfection sprechen kann, und weniger reine Staphylococcen-, Streptococcen-, etc. Otitiden finden wird. Ueberhaupt ist ja « Otorrhoe » bloss eine symptomatische Diagnose, welche wissenschaftlich nicht gebraucht werden sollte, insbesondere wenn man statt derselben eine Benennung haben kann, die eine auf pathologisch-anatomische oder pathohistologische Veränderungen beruhende Diagnose darstellt.

Bezüglich der Therapie der vom Herrn Isaia benannten Otorrhoe scrophulöser Individuen kann ich nicht umhin zu erwähnen, dass in erster Reihe die möglichst strenge locale Behandlung am Platze ist, und weil man nur eben die Erfahrung macht, wie sehr solche Fälle unser Können und sowohl unsere Geduld als auch die des Patienten im strengsten Sinne des Wortes auf die Probe stellen, ist es angezeigt, gleich zu Beginn der localen Be-

handlung eine Allgemeinbehandlung des Individuums einzuleiten; innerlich sollen Jod oder Eisen verabfolgt werden; ebenso kann man auch solche Patienten in Jod- oder Eisenbäder schicken, wo jedoch nebstdem das Ohr lege artis unbedingt behandelt werden muss.

Quinta Seduta.

4 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. CLARENCE J. BLAKE (Boston).

Doct. **A. Leury** (Hagenau):

Sur un nouvel acoumètre.

Monsieur Charles Vierordt, savant allemand, dans son ouvrage sur l'intensité des sons, reproche aux otiatres d'employer, pour le mesurage de la faculté auditive, des moyens aussi inexacts que la prononciation d'un mot ou le tic-tac d'une montre.

Pour obvier à ces inconvénients il construisit son phonomètre. Dans cet appareil, des petites boules de grenaille tombent sur une petite table en zinc.

La hauteur de laquelle ces boules tombent peut être variée et avec elle l'intensité des bruits.

Cet appareil ne peut être employé pour mesurer des différences de la faculté auditive humaine. L'intensité varie très vite et les hauteurs différentes ne peuvent être lues qu'au moyen d'une loupe. Outre çà, il est très difficile de trouver plusieurs boules d'une forme absolument identique. L'exploration ne peut être continuée assez longtemps chez le même individu, ce qui est nécessaire pour habituer l'oreille à la perception du son. Enfin lorsque des corps solides tombent sur une plaque solide et y restent, il se produit, à la suite des oscillations de la plaque, des variations dans l'intensité des sons, qui les modifient très sensiblement.

Lorsque je me suis proposé, il y a cinq ans, de faire des recherches sur la faculté auditive des criminels, j'ai construit, du reste, sans connaître l'instrument de Vierordt, l'acoumètre que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, avec lequel j'a pu faire des expériences qui me donnaient des chiffres d'une grande exactitude, malgré qu'elles fussent faites sur un nombre très grand d'individus qui ne sont pas toujours doués de beaucoup d'intelligence. Avec l'acoumètre, qui a été donné à notre science par notre maître M. Politzer, il n'était pas facile de mesurer très commodément la distance exacte entre l'instrument et l'oreille. Pour l'ouïe normale, les différences des distances sont très minimes, et les résultats ne sont pas très faciles à constater.

Dans mon appareil, une goutte d'eau, du poids d'un décigramme, tombe sur une petite plaque en fer, inclinée, de laquelle elle descend subitement sans faire de bruit. La plaque est posée sur un morceau de feutre,

de sorte que le son est tout de suite assourdi, et il ne se produit, pour les intensités moyennes, que des bruits.

Les gouttes tombent d'un petit récipient qui est fixé en haut et en bas, en glissant sur une tige quadrangulaire.

On peut lire la hauteur de l'instrument en millimètres ou en demi-centimètres.

L'intensité du son, dans les limites moyennes, est assez exactement proportionnelle à la hauteur du récipient.

L'oreille qui doit être explorée s'appuie sur cette fenêtre à bourrelets qui se trouve à une distance de 30 centimètres du point où le son se produit. S'il s'agit de cas d'une très faible faculté auditive, on fait approcher la fenêtre jusqu'à une distance de trois centimètres.

La hauteur du récipient peut aller jusqu'à 40 centimètres.

On peut régler par un robinet la vitesse avec laquelle les gouttes tombent.

L'oreille d'un enfant de 6 à 15 ans entend à une hauteur de 5 à 6 centimètres. Chez les adultes, une oreille très fine entend de 6 à 8 centimètres. À quarante ans environ l'audition normale diminue très sensiblement. Un adulte de 60 ans n'entend généralement qu'à une hauteur de 10 à 15 centimètres avec un organe d'audition normal.

Pour une surdité moyenne l'hauteur peut être fixée de 12 à 20 centimètres: pour la surdité plus complète on fait bien de faire approcher la fenêtre à une distance de trois centimètres au point où le son se produit. On va trouver, ce qui me semble important pour les otoiatres, des différences très sensibles, même dans les cas de forte surdité, et mesurer très facilement les résultats des mesures thérapeutiques.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le fait qu'il s'agit toujours de la perception des bruits par la conduction aërienne.

J'ai fait, jusqu'à présent, plus de 6,000 explorations, parmi lesquelles plus de 3,000 explorations dans des écoles. Les résultats en seront publiés bientôt.

L'appareil, dont la construction n'offre point de difficulté technique, coutera environ quarante francs chez M. Mayer, mécanicien à Strasbourg, y compris les frais occasionnés par la comparaison de l'appareil avec un appareil modèle.

J'espère que ce petit appareil fonctionnera bien au service de notre science.

En général, on règle la vitesse de manière que deux gouttes tombent dans l'espace d'une seconde.

Dr. **Th. S. Flatau** (Berlin):

Ueber Taubstummenerziehung bis zur Aufnahme in die Anstalten.

Es handelt sich darum, eine schon lange fühlbare Lücke auf dem Gebiete des Taubstummenerziehungswesens durch die Verbreitung der von F. ins Leben gerufenen Anstalten auszufüllen.

Als Norm für die Aufnahme in die Taubstummenschulen ist das 7. und 8. Lebensjahr angenommen. Für das vollsinnige Kind jeden Standes

sind in Gestalt der Kindergärten, der Spiel- und Beschäftigungsschulen in reichem Maasse Einrichtungen für das vorschulpflichtige Alter vorhanden, die die häusliche Erziehung zu ergänzen vermögen, wo sie sie nicht geradezu ersetzen.

Bei dem gehörlosen Kind fällt, abgesehen von den reichen Familien, die sich eigene Taubstummenlehrer halten können, selbst bei gutem Willen die häusliche Erziehung fort; denn zu dem Umgange mit taubgeborenen oder früh ertaubten Kindern ist eine besondere fachliche Ausbildung erforderlich. Zudem entbehrt das taube Kind den Umgang mit Alters- und Spielgenossen fast gänzlich und ist meist auf sich selbst angewiesen. Nicht selten wird das unglückliche Kind versteckt gehalten und es ist vorgekommen, dass erst bei der Aufnahmeprüfung für die Schule entdeckt wurde, dass das Kind, « das immer noch nicht sprechen kann, » auch nicht hört. Von ausserordentlicher Wichtigkeit ist es somit, die Gelegenheit zu einer ausserhäuslichen, dem Sinnesdefekt angepassten Erziehung zu schaffen; Aufgabe der Aerzte wird es sein, durch frühzeitige Untersuchung des Gehörs und Aufklärung der Umgebung dafür Sorge zu tragen, dass die Kinder in die Kindergärten gesandt werden. Im Taubstummenlehrfach geschulte und erfahrene Männer haben den Lehrplan derart gestaltet, dass er den der Taubstummenschule nicht stört sondern sich stützend ihm anfügt. Es handelt sich vorzugsweise um die Sorge für körperliche Pflege und Erziehung, um Anregung und Uebung der Aufmerksamkeit durch geeignete Bewegungen, Spiele und Beschäftigungen, um eine allmälige Gewöhnung an Schuldisciplin, während sprachunterrichtliche Versuche vermieden werden sollen. Dagegen wird der Erhaltung und Ausbildung eines etwa vorhandenen Hörrestes specielle Aufmerksamkeit geschenkt. Zu der Leitung dieser Anstalten, die mit einer grösseren Anzahl von Freistellen ausgerüstet werden sollen, werden Lehrerinnen besonders ausgebildet, die Aufsicht verbleibt otologisch und sprachärztlich geschulten Fachgenossen.

Discussione

Prof. C. J. **Blake** (Boston): The subject of this paper and the remarks by which it has been followed are of especial interest to all engaged in the early instruction of deaf-mutes, and an experimental kindergarten for deaf-mute children recently founded in Meadford, near Boston, suggests results which are in accord with the proposition of the writer. The children are taken under five years of age and are transferred to the public school for deaf-mutes in Boston or to some similar institution when they have arrived at the proper age.

Prof. G. **Gradenigo** (Torino): Applaude per la bella iniziativa presa dal collega Flatau, e augura che simili istituzioni sieno imitate anche da noi. Chiede se non sia il caso di cominciare anche in tenera età, cioè prima degli 8 anni, l'insegnamento della parola in quei bambini che già parlavano e sono restati sordi in seguito a cure labirintiche da meningite cerebro-spinale.

Flatau: erwiedert Herrn Gradenigo, dass die Gelegenheit die Faktoren der Sprach- und Gehörstörungen zu vergleichen sich in den neuen Anstalten

sehr gut ergeben würde, und dankt für das dem Gegenstande gewidmete Interesse.

Herrn Szenes entgegnet er, dass die erziehlichen Einrichtungen für das spätere Alter mit denen für das frühere am besten gleich zusammen eingerichtet werden könnten, wo sie unglücklicherweise noch nicht bestehen.

Die Fälle in denen der Hörrest zu üben ist, müssen vorsichtig und nach dem Grade des vorhandenen Hörrestes ausgewählt werden und dürfen selbstverständlich nicht angestrengt werden.

Dr. S. **Szenes** (Budapest): Meinerseits halte ich es ebenfalls für wünschenswerth, dass taubstumme Kinder, bevor sie in der Taubstummenschule Aufnahme finden, noch früher einige Jahre in Kindergärten zubringen sollen; doch glaube ich, dass man in erster Reihe doch dafür sorgen soll, dass Taubstummenanstalten überhaupt in genügender Zahl errichtet werden sollen. Bei uns in Ungarn ist nämlich die Zahl der Taubstummenschulen im Verhältnisse zur Zahl der schulpflichtigen taubstummen Kinder eine solch' geringe, dass wir jetzt in Budapest einen Wohlthätigkeitsverein gründen, um eine grössere Zahl der schulpflichtigen Taubstummen auf privatem Wege ausbilden lassen zu können.

Bezüglich der Ausbildung der für die betreffenden Institute nöthigen Lehrkräfte, erwähne ich, dass bei uns in Ungarn absolvirte Normalschullehrer in einem staatlichen Taubstummeninstitute (in Waitzen bei Budapest) ihre Ausbildung erhalten können und hier auch ihre Prüfungen machen, worüber sie dann das betreffende Diplom als Taubstummenlehrer bekommen; ähnliche Ausbildungen halte ich auch für Kindergartenlehrer für erwünscht.

Was endlich die Besserung des vorhandenen restlichen Gehörvermögens der taubstummen Kinder betrifft, muss ich bemerken, dass ich sämmtliche (über 100) Zöglinge des oben erwähnten Institutes auch auf den vorhandenen Rest des Gehörvermögens untersuchte; ich fand ein solches für Laute, für Silben, ja sogar auch für aus mehreren Silben bestehende Worte erhalten, doch gelang es mir nie mittelst eines der üblichen Instrumente für Schwerhörige, das Hörvermögen bedeutend zu bessern.

Dott. **B. Bosio** (Bardino Nuovo — Genova):

Sulla cura della sordità da sclerosi, per mezzo di vaste aperture timpaniche.

La copia degli atti operativi endo-timpanici escogitati per la cura delle malattie croniche della cassa, per quanto ingegnosi, non hanno ancora raggiunto lo scopo nella cura di questa otopatia, per due ragioni principali:

1° La difficoltà grande di poter diagnosticare tutte le svariate lesioni che vanno sotto il nome di sclerosi;

2° La difficoltà, anche fatta la diagnosi, di eseguire nella misura voluta l'atto operativo.

Più volte avendo trovato l'indicazione di ricorrere ad uno degli atti operativi indicati nei casi di anchilosi della catena degli ossicini ed in genere della sclerosi, ebbi opportunità di osservare come l'atto preliminare della vasta apertura della membrana del timpano, che doveva servirmi a liberare

il campo operatorio, fu da sola sufficiente a migliorare le condizioni dell'udizione e, più che tutto, a modificare sensibilmente i rumori endo-auricolari.

Queste osservazioni mi condussero a ritentare, come atto operativo in queste lesioni, la sola miringotomia. So bene che non è un'operazione nuova, che fu altre volte tentata e che non si ebbe a lodarsene, tanto che fu abbandonata; ma è un fatto che ne'miei sette casi e ne'due casi di Miot, cui comunicai il mio modo di pensare, si ebbero risultati relativamente buoni, mentre erano state negative tutte le altre cure.

Questi miei pazienti, erano infermi in media da dieci anni, non avevano più nessuna percezione aerea con l'orologio e con la voce parlata; sibbene rimaneva la craniense, relativamente buona, sebbene indebolita.

Ora si domanda, quale la ragione di questi miglioramenti? Perchè in altri casi di sclerosi fu insufficiente, non solo la miringotomia, ma anche la asportazione di tutta la catena degli ossicini? Siamo noi oggi in grado di poter esattamente diagnosticare con i nostri mezzi di indagine tutte le svariate lesioni della cassa, che vanno sotto il nome di sclerosi? Conosciamo noi tutti i rapporti di causa ed effetto? Certamente no. Sarebbe quindi ingiustificato il non tener conto di queste mie migliorie per una cura, la quale, pure in certi casi non prestando miglioramento, lascia adito a successivi atti operativi.

Un'altra considerazione è quella che si può trarre da questi miei ammalati, ed è relativa alla lesione in sè stessa ed al modo col quale l'atto operativo ha giovato.

Il Miot, che ebbe due di questi risultati favorevoli, crede debba trattarsi di una deficiente tensione della membrana del timpano per una miopatia del suo tensore e quindi una incapacità della membrana stessa a lasciar passare le onde sonore.

Un'altra spiegazione potrebbe trovarsi nell'impedito giuoco dei muscoli stapedio e tensore, dovuto a briglie cicatriziali o ad eccessiva iperplasia della mucosa.

Sia questa o quella la spiegazione, è certo che se noi, prima d'intraprendere qualsiasi atto operativo, praticheremo una vasta apertura della membrana, potremo avere un altro dato che c'indirizzi alla diagnosi di questa ancora oscura lesione.

Discussione

Dr. **S. Szenes** (Budapest): Nach den Versuchen von Sexton und Kessel glaube ich doch keine besonderen Argumente anführen zu müssen, zu dessen Bekräftigung, wie schwer es ist künstlich angelegte Trommelöffnungen offen zu behalten, und will deshalb nur einen Fall, mehr als Curiosum, erwähnen, in welchem ich bei einer Frau mit einer Mittelohrsklerose 6mal an einer und derselben Stelle einen Trommelfelleinschnitt machte. Ein Jahr später sah ich die Patientin wieder, und es konnte nicht die geringste Spur des 6mal wiederholten Eingriffes gesehen werden.

Bezüglich der von Shirmunsky gelegentlich des Berliner Congresses erwähnten Methode zur Erhaltung der künstlichen Perforationsöffnung und durch Anätzen der Perforationsränder mit Chromsäure habe ich keine eigenen Erfahrungen und möchte mir fragen, ob Herr B. diese Methode in seinen Fällen berücksichtigte?

Dott. B. **Bosio** (Bardino Nuovo — Genova):

Tenotomo bilaterale per sezione del tensore del timpano.

Il coltellino che presento per la tenotomia del tensore del timpano, è una modificazione pratica del comune tenotomo, avendolo io fatto costruire a doppio tagliente, ad angolo più ottuso e più lungo di un millimetro.

I vantaggi di questa mia modificazione sono rappresentati dalla facilità maggiore colla quale da tutti i lati e senza il bisogno di estrarre o cambiare la direzione dell'istrumento, si può incidere il tendine all'altezza voluta.

Serve così per ambedue gli orecchi.

Prof. V. **Cozzolino** (Napoli):

Una nuova paracusia — Interruzione uditiva.

Nello scorso febbraio, per migliorare la facoltà uditiva, ho operato con grande risultato la signorina D. L., d'asportazione di una zona cicatriziale della membrana timpanica nel suo segmento ant. interno, che datava da tre o quattro anni, dovuta ad otite piogena sofferta nell'infanzia.

Tutto è proceduto asetticamente. Sarebbe soverchio il dire che col notevole miglioramento della facoltà uditiva, inaspettato da parte della paziente, essa conseguì un grande benessere psichico: e questo dico perchè non si possa interpretare come puro fatto psichico, anormale, l'osservazione, per me nuova, che intendo sottomettere alla vostra discussione, e che parmi debba essere classificata fra le paracusie.

La signorina, all'indomani della miringotomia parziale, provando l'audizione dall'orecchio operato col suo orologio applicato sul padiglione, si accorse che ad ogni due o tre secondi mancava l'audizione del tic-tac. Tale fatto è stato da me rilevato con interesse ripetutamente anche con altri orologi; e quando il tic-tac di questi era più forte, allora non vi era interruzione, ma sibbene un intervallo d'audizione più debole del suono medesimo.

Avendo pregato la madre della paziente di farmi sapere se il fenomeno, nuovo per me, dura tuttora, mi ha scritto ieri così:

« Mia figlia avverte sempre quel fenomeno ch'Ella conosce, cioè l'intermittenza dell'udito per il tic-tac dell'orologio all'orecchio operato, che ha tanto guadagnato per l'audizione. »

Ora io domando quale può essere la più giusta interpretazione di questa paracusia d'interruzione svoltasi dopo la miringotomia su membrana timpanica con zona atrofica e cicatriziale?

Per me potrebbe interpretarsi quale un sintomo di pervertita tensione e, più che di aumentata ipertonia, di diminuita ipotonia.

Discussione

Dott. G. **Ficano** (Palermo): Desidero sapere dal dottor Cozzolino le condizioni in cui ha fatto le osservazioni, cioè se l'inferma era bendata, se l'orologio era posto a contatto o a distanza, per vedere se devesi escludere la suggestione.

Dott. **C. Corradi** (Verona): L'O. prende atto della dichiarazione che il fenomeno non c'era prima dell'operazione. Quindi non gli sembra si debba dare un nome nuovo ad un fenomeno che già si conosce; tutt'al più si tratterà di una causa nuova di un fatto già noto. Del resto, se anche l'orologio era a contatto, ciò che non avrebbe riscontrato nelle osservazioni già note di Urbantschitsch, pure il fatto non è molto diverso da quello osservato dall'O. sulle sensazioni rinascenti, quantunque, per verità, il *diapason* venisse in tali osservazioni ogni volta allontanato. Del resto un solo caso in tal genere di fatti è assai poca cosa per poter essere preso in osservazione.

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Domanda se si trattasse del limite per l'audizione dell'orologio, nel qual caso, la intermittenza della percezione per l'orologio al limite minimo fu notata e studiata da Urbantschitsch e interpretata come fenomeno di esaurimento.

Prof. **V. Cozzolino**: dice: 1° che l'orologio era applicato sull'orecchio e non era al suo massimo limite di audizione, quindi la sua osservazione non si può confondere con gli studii dell'Urbantschitsch; 2° che la signorina era bendata quando si faceva l'esperimento con gli orologi; 3° è notevole che l'intervallo per ogni interruzione uditiva era sempre lo stesso, due a tre secondi, come rigorosamente e ripetutamente ha rilevato; 4° non può accettare l'osservazione fattagli, che tale fenomeno era noto, giacchè nessuno fino ad oggi l'ha pubblicato; e di tale avviso è anche il professor Politzer, che per il primo ha fatto notare che la paracusia del Cozzolino non va confusa con l'osservazione fisiologica fatta dall'Urbantschitsch sugli individui con gli orecchi sani.

Dott. **C. Poli** (Genova):

Sulla cura della sifilide dell'orecchio interno.

La terapia delle affezioni labirintiche è spesso seguita da insuccessi· Se vi sono dei casi nei quali una cura può riuscire talora proficua, è quella delle lesioni dovute alla sifilide acquisita e secondaria. Tali esiti però sono subordinati a delle condizioni che tengono sopratutto alla gravezza della forma morbosa, all'epoca in cui si interviene, al metodo di cura che si istituisce.

Fra i casi caduti sotto la sua osservazione, l'A. ha tenuto conto di cinque, perchè in essi la diagnosi di sifilide acquisita e secondaria dell'orecchio interno era manifesta, e per i dati anamnestici, e per i risultati dell'esame obiettivo. Si trattava di individui fra i 22 e i 35 anni, nei quali la manifestazione auricolare era insorta fra un periodo vario da quattro a otto mesi dall'infezione celtica. I classici fenomeni, costituiti dalle vertigini e dalla sordità rapidamente progressiva, erano in tutti più o meno manifesti. L'epoca nella quale erano venuti in cura variò fra un minimo di venti giorni e un massimo di circa un anno.

La cura istituita fu una cura specifica mista e l'uso più o meno prolungato delle iniezioni di pilocarpina, così come le consiglia il professor Politzer.

L'esito ottenuto fu vario: in un caso, il più recente, si ebbe una guarigione quasi completa, se così vuolsi intendere un miglioramento dell'au-

dizione tanto notevole da far risentire l'orologio a cinquanta centimetri da un lato e a trenta dall'altro, accompagnato da una scomparsa completa delle vertigini. Degli altri casi, in due si ebbe una miglioria più o meno notevole, in due nessuna modificazione apprezzabile dei fenomeni presentati all'epoca in cui sono venuti in osservazione.

L'A. richiama quindi l'attenzione sugli effetti dell'uso delle iniezioni di pilocarpina, facendo osservare come se è sempre difficile di potere apprezzare il valore clinico di un medicamento, questo avviene maggiormente nella sifilide, nella quale i fenomeni tendono per sè stessi a migliorare nel senso che le vertigini scompaiono e i rumori diminuiscono, mentre d'altra parte la sordità o rimane stazionaria o progredisce.

Esprime quindi l'opinione che nei casi in cui egli ebbe un miglioramento, questo non si possa in modo sicuro ascrivere all'uso della pilocarpina, meno ancora nel caso seguìto da buon successo, che egli attribuisce sopratutto agli effetti della cura specifica, sotto forma di iniezione di calomelano.

Si diffonde quindi a parlare dell'uso di questo medicamento, i cui effetti sono pronti, meglio che con gli altri preparati mercuriali.

Discussione

Dr. **S. Szenes** (Budapest): Ich frage bloss, wie so Herr Poli zur Conclusion kam, dass Pilocarpin von keinem Erfolg war, den Calomelinjectionen hingegen günstige Resultate zuzuschreiben wären; ob Herr Poli zuerst Policarpin und erst dann Calomel oder aber beide Medicamente zugleich angewendet hat?

Prof. **G. Gradenigo** (Torino): Nota che nella cura della sifilide dell'orecchio interno, si deve volta a volta ricorrere a varii agenti terapeutici, come iodio, mercurio, pilocarpina, perchè in genere la cura deve durare qualche tempo.

Dott. **G. Ficano** (Palermo): Le iniezioni di calomelano nella sifilide dell'orecchio credo sieno da preferirsi per l'azione più energica e pronta. In quanto all'appunto che si fa alle iniezioni di calomelano, cioè che arreca suppurazione, la più parte dei sifilografi convengono nel negare tale fatto. Il professore Mannino, di Palermo, ha fatto una infinità di iniezioni di calomelano, senza mai avere avuto suppurazione; però lui aggiunge nella soluzione alcune goccie di acqua puramente distillata.

Le iniezioni debbono essere fatte con tutte le debite precauzioni e ad ogni 10-15 giorni.

Poli: L'A. non ebbe mai a lamentare dalle iniezioni di calomelano delle suppurazioni. Esprime l'opinione del professor Scarenzio sul modo di agire del rimedio, e invita i colleghi a farne uso nella terapia auricolare tutte le volte che hanno bisogno di un rimedio d'azione energica e pronta.

Esauriti i lavori della Sezione, vengono pronunciati i seguenti discorsi:

Prof. **E. De Rossi** (Roma):

Colleghi carissimi! Essendo esaurito l'ordine del giorno, dichiaro chiusa la Sezione otologica dell'XI Congresso internazionale.

Io vi debbo, carissimi ed illustri colleghi, i più vivi ringraziamenti per l'alto onore che avete voluto conferirmi nominandomi vostro presidente.

Io so che non devo tale nomina a meriti speciali, che non posso vantare, sibbene alla consuetudine ed alla vostra benevolenza ed amicizia per un figlio di questa Italia, da voi apprezzata ed amata.

Nel prender posto a questo seggio, misurando le mie forze, temetti di non poter soddisfare convenientemente il difficile compito; mi piace ora riconoscere che, col concorso efficace degli illustri presidenti d'onore, dei solerti ed intelligenti segretarii, della buona volontà di tutti gli illustri otologi qui riuniti, l'opera mia fu resa facile, anzi piacevole.

Il numero non indifferente dei temi presentati e di quelli interessantissimi posti all'ordine del giorno, attestano il progresso straordinario della nostra scienza.

Le discussioni animate e l'entusiasmo destato da alcune comunicazioni dei più valenti maestri porteranno maggior luce nei nostri studii, nuovi e ben meritati allori ai loro autori.

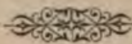
Onorevoli colleghi! Voi tornerete fra poco ai vostri focolari: ricordatevi e ricordate ai vostri figli, agli amici vostri, che gli Italiani hanno accolto gli scienziati stranieri come simbolo e fattore, d'ogni altro più sicuro, di quella pace di cui tanto l'Italia ha bisogno, e che si suggella nel fraterno amplesso della scienza.

Prof. **A. Politzer** (Vienna): In nome de' miei compatrioti mi sento in debito di ringraziare il nostro illustre presidente per la perseveranza e la imparzialità con cui ha diretto le nostre sedute, e per la sua cura di contentare in ogni modo i membri della nostra Sezione.

In pari tempo vorrei ringraziare il nostro eminente professor Gradenigo, per il suo infaticabile lavoro, traducendo a noi le comunicazioni e facilitandoci così l'intelligenza dei lavori presentati.

Finalmente la nostra riconoscenza ai valorosi segretarii del Congresso dottor Ferrari e dottor Avoledo, che senza interruzione hanno compiuto il proprio lavoro, col quale ci posero in grado di poter studiare a casa le interessanti comunicazioni che qui furono presentate.

Prof. **C. J. Blake** (Boston): In seconding the thanks of Prof. De Rossi and Prof. Politzer I desire in closing this most interesting and instructive Session of the Otological Section of the 11th International Medical Congress, to express the appreciation, on the part of the foreign members, of the facilities afforded for conducting the work of this Section, as one of the evidences of the abundant hospitality of our Italian hosts, and, with the hope that we may meet at a subsequent International Conference, for the same purposes of mutual instruction and encouragement, I declare the Session of the Otological Section of this Congress closed.





MEDICINA LEGALE.

INDICE

Prima seduta, 29 marzo 1894.

Seconda seduta, 30 marzo 1894.

Terza seduta, 31 marzo 1894.

Quarta seduta, 2 aprile 1894.

Quinta seduta, 3 aprile 1894.

Sesta seduta, 4 aprile 1894.

Medicina legale

Prima Seduta.

29 Marzo 1894.

La seduta è aperta alle ore 15.

Assume la presidenza il prof. De Crecchio (Napoli), già presidente del Comitato ordinatore della Sezione.

I seggi restano costituiti come segue:

Presidente effettivo: Prof. S. De Crecchio (*Napoli*).

Presidenti onorarii: Prof. Brouardel (*Parigi*) — Prof. Hoffmann (*Berlino*) — Prof. Lufft (*Stoccarda*) — Prof. Strassmann (*Berlino*) — Prof. Kratter (*Graz*) — Prof. Lacassagne (*Lyon*).

Vice-presidente: Prof. D. Toscani (*Roma*).

Segretarii: Dott. S. De Sanctis (*Roma*) — Dott. Perrando (*Genova*).

Seconda Seduta.

30 Marzo 1894, ore 9.

Presidente: Professore S. De Crecchio (Napoli).

RELAZIONE.

Prof. **G. Filomusi-Guelfi** (Pavia), relatore.

Modo come rendere pratico lo studio e l'insegnamento della Medicina legale allo scopo di far sorgere, dove ancora non sia, la scuola, che assicuri l'efficace concorso della Medicina alla società ed all'amministrazione della giustizia.

Signori! — Se ai profani può parer strano che il comitato ordinatore di questa Sezione abbia scelto come tema di discussione l'insegnamento della Medicina legale, di ciò non possono far meraviglia i cultori di questa

scienza, raccolti in questa Sezione, da qualunque parte essi vengano. Imperciocchè se è vero che qua e là, nelle nazioni civili, esistono istituti medico-legali, e qualcuno anche con un passato glorioso e un presente splendido, non è men vero che, in altre località, spesso di una stessa nazione, il concetto di un insegnamento pratico, obbiettivo, sperimentale della Medicina legale non è ancora tradotto in atto, e, malgrado gli sforzi di qualcuno per attuarlo, si è ancora ben lungi dalla mèta. Poichè chiunque coltiva una disciplina ha l'obbligo di promuoverne lo sviluppo e il progresso, è parso al comitato ordinatore di questa Sezione non fosse da lasciar sfuggire l'occasione che qui ci riunisce, senza riaffermare ancora una volta le esigenze della Medicina legale moderna, e riaffermarle collettivamente, quanti siamo qui raccolti di nazionalità diverse, ma affratellati dalla comunanza degli studii, degli intenti, delle aspirazioni.

Se non che, a dimostrare che questo argomento è, come il comitato ordinatore ha creduto, d'indole generale, e non soltanto d'interesse nostrano e italiano, è mestieri dare uno sguardo ai più reputati centri di studii, per vedere se da per tutto le esigenze del nostro insegnamento siano, e fino a qual punto, appagate. E qui io credo necessaria una dichiarazione. Io, che ho avuto l'onore d'essere prescelto a relatore in questa questione, ho subito sentita la difficoltà di poterlo fare adeguatamente; imperciocchè, trattandosi in questa occasione di discorrere di ordinamenti stranieri, che non conosco da vicino, non avendo ancor fatto un viaggio all'estero, corro il rischio, riferendo sulle relazioni altrui, di affermare cose non del tutto esatte e incomplete. Ma poichè voi siete qui, io mi permetto rivolgervi subito la preghiera, che se eventualmente, sugli ordinamenti vostri, io incorra in qualche inesattezza od omissione, voi vogliate scusarmi, e rettificare subito l'errore o colmare la lacuna.

È certo che l'istituto medico-legale di Berlino, sorto per opera del Wagner, disponeva ai tempi del Casper di tutto il materiale della pratica giudiziaria, e agli studenti era permesso di assistere alle necroscopie giudiziarie. Di ciò ci fa sicuri Carlo Demaria, già professore di Medicina legale a Torino, che si onora della personale amicizia del Casper, e che rileva come Casper, nella triplice qualità di professore, direttore dell'istituto e perito dei tribunali, si trovava nelle condizioni più favorevoli per raccogliere larga copia di esperienza e materiale d'insegnamento[1]). Recentemente Paul Loye, preparatore alla cattedra di Medicina legale a Parigi, di ritorno da una missione scientifica in Germania ed in Austria, ci informa che nel 1886, per opera del Liman, è sorto a Berlino, nei dintorni dell'ospedale della Charité, un magnifico edifizio che è il nuovo istituto medico-legale. Però dalla stessa relazione del dottor Loye apprendiamo pure che l'Autorità giudiziaria, per il cui assenso fu lungamente permessa ai giovani l'assistenza alle necroscopie, un bel giorno revocò il permesso, donde le dimissioni del prof. Liman da perito dei tribunali e la mancanza nell'istituto delle necroscopie giudiziarie, rimanendo soltanto a disposizione dell'istituto pochi cadaveri, e quelli soltanto sui quali non era dal tribunale ordinata alcuna inchiesta (suicidii, morti subitanee, morti per accidenti varii, ecc.). Augurandoci che questa peripezia, attraversata dall'istituto

[1]) Prefazione alla traduzione del Manuale di Casper, vol. I, 1858, Torino.

medico-legale della capitale germanica, sia stata breve, momentanea e già superata, notiamo che all'ordinamento precedente si devono i risultati scientifici forniti dall'istituto medico-legale di Berlino e la formazione di un museo, annesso al detto istituto, e donde si traggono i preparati, che, nel corso delle lezioni, formano argomento di dimostrazioni pratiche. Quanto alle altre Università della Germania, se in alcune (Halle, Lipsia, Erlangen, Jena, Giessen), l'insegnamento della Medicina legale non esiste, in altre (Monaco, Marburg, Wurtzburg, Heidelberg), i rispettivi professori, che sono contemporaneamente periti nei tribunali, invitano gli studenti in Medicina ad assistere alle autopsie giudiziarie [1]).

Anche a Vienna il professore di medicina legale dispone di tutto il materiale delle autopsie giudiziarie, e, nell'istituto medico-legale (che del resto è men grandioso di quello di Berlino) von Hoffmann ha potuto formare una bella collezione di preparati, che, secondo Loye, costituiscono il più bel museo di Medicina legale che finora si conosca. Maschka a Praga, e Ajtai a Budapest, anch'essi periti dei tribunali, sono parimenti in grado di fare esercitazioni pratiche innanzi agli studenti [2]).

A Parigi nel 1834, Devergie, ad imitazione di ciò che nel 1833 era stato inaugurato a Vienna da Bernt ed a Berlino da Wagner, aveva istituito alla Morgue delle conferenze pratiche, le quali sventuratamente non poterono continuarsi oltre due mesi in seguito di difficoltà di esecuzione, allora riguardate come insormontabili. Bisogna arrivare al 1878, per vedere nuovamente istituite alla Morgue delle conferenze pratiche; e ciò per opera di Brouardel, che, succeduto al Tardieu nella cattedra di Medicina legale, guadagnata la protezione della magistratura, del prefetto di polizia e dell'amministrazione municipale, potè far convergere tutte queste forze a vantaggio dell'istituzione [3]). Se non che sembra che anche queste conferenze pratiche non realizzino ancora la funzione completa di un istituto di Medicina legale. La società di Medicina legale di Francia, in una seduta del 6 luglio 1891, sopra una relazione del dottore Descoust, che lamenta la difficoltà di conservare la maggior parte dei materiali forniti dalle autopsie giudiziarie alla Morgue, fa voti che nelle vicinanze della Morgue sorga un istituto di Medicina legale, ove si possa attendere alla formazione di un museo come quello di Vienna e di Berlino [4]). Io non so con precisione come stiano attualmente le cose in altre sedi di studio della Francia; ma se a Lione pare che Lacassagne faccia più o meno quel che Brouardel a Parigi, non pare sia lo stesso altrove. Infatti Fallot, in un rapporto letto all'associazione generale dei medici di Francia, esprime il voto che i municipii delle città che possiedono scuole e facoltà di Medicina facciano dei sacrificii per imitare l'esempio di Parigi e di Lione [5]).

Ma la questione che ci occupa ha avuta la sua storia anche in Italia. Fin da quando il Demaria pubblicava la traduzione del manuale del

[1]) Paul Loye, L'enseignement de la Médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie; Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég. troisième série, T. XXI, 1889, p. 45 e 296.

[2]) Paul Loye, l. c.

[3]) Morache, La Médecine légale, son exercice et son enseignement. Paris, Baillière et Fils, 1880, p. 17.

[4]) Descoust, Création d'un musée de Médecine légale; Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég., troisième série, T. XXVI, 1891, p. 536.

[5]) Dr. A. Fallot, De la réorganisation de la Médecine légale; Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég., troisième série, T. XXVIII, 1892, p. 165.

Casper, faceva voti perchè anche presso di noi venisse adottato un miglior ordinamento dell'insegnamento e della pratica medico-legale. Ma quegli che prima di ogni altro spiegò tutta la sua attività per raggiungere l'intento fu certamente il prof. De Crecchio, che, assunto alla cattedra di Medicina legale di Napoli nel 1862, con numerose pubblicazioni sostenne la fondazione di istituti medico-legali e l'indirizzo dimostrativo, pratico, sperimentale nell'insegnamento. Nè egli si limitò alle pubblicazioni; ma, per raggiungere effettivamente lo scopo, fece anche le opportune pratiche presso il Ministero della pubblica istruzione e quello di grazia e giustizia. Ottenne dal primo locali, assistente, inserviente, assegno; trovò gravi opposizioni nel secondo, che doveva fornire l'essenziale: il materiale di studio e di insegnamento. L'ammissione degli studenti alla pratica delle necroscopie giudiziarie fu il motivo addotto nell'opposizione. Pareva che con ciò si derogasse al segreto dell'istruttoria, quasi che questo segreto fosse mantenuto di fatti, quasi che in Italia non fosse possibile ciò che era stato possibile a Berlino, a Vienna, a Parigi, quasi che al mantenimento del segreto non si fosse potuto anche provvedere con misure disciplinari! Comunque, De Crecchio rinunziò anche a questa condizione dell'assistenza degli studenti alle necroscopie giudiziarie; e, pur volendo accaparrare per lo studio della Medicina legale un materiale che ora va perduto, nella sua qualità di deputato al Parlamento, proponeva un progetto di legge *intorno al modo di raccogliere le prove generiche nei giudizii penali*, che era formulato nei tre seguenti articoli:

« Art. 1. — In tutte le città del regno, dove esiste un insegnamento universitario di Medicina legale, ed alla cui cattedra siano annessi locali, mezzi e personale opportuni, le necroscopie giudiziarie, la esposizione dei cadaveri d'ignoti ed altre indagini tecniche, debbono farsi in quei locali universitarii.

« Art. 2. — Il personale addetto ai succennati locali sarà agli ordini della giustizia procedente e decidente, per quanto richiedesse in fatti di necroscopie giudiziarie ed altre indagini o perizie relative, ovvero disponesse per la semplice custodia dei cadaveri e dei materiali da sottoporre a perizia.

« Art. 3. — Tutte le volte che l'autorità giudiziaria sceglierà a perito il professore o il suo aiutante, costoro non potranno ricusare l'opera loro, e saranno retribuiti giusta la tariffa. Semprechè le necroscopie o qualsivogliano altre indagini e perizie si sono eseguite nei locali universitarii sopra designati, il professore ed il suo aiutante non potranno essere adoperati come periti dalle parti private. »

Questo progetto fu iscritto all'ordine del giorno per la discussione alla Camera dei deputati nell'assemblea del 25 febbraio 1880; ma scioltasi indi a qualche mese la Camera, esso decadde. Rinnovate le elezioni nel maggio di quell'anno, tornato De Crecchio alla Camera, ripresentato il progetto, fu iscritto all'ordine del giorno fin dal 18 novembre di quell'anno; ma, per il sorteggio dei professori (legge sulle incompatibilità parlamentari), tolto il De Crecchio alla Camera, quel progetto fu dimenticato. Se pertanto era fallito il tentativo di adottare per legge un provvedimento generale, che avrebbe riguardato tutte le Università del regno, De Crecchio cercò di attuarlo almeno in Napoli, dove c'erano già le pratiche avviate

nel senso della proposta della legge; e, nel maggio 1882, d'accordo tra la Procura generale, il Sindaco e il Rettore dell'Università, fu stabilito nell'istituto medico-legale di Napoli il servizio delle necroscopie giudiziarie. Ma difficoltà diverse, interessi d'ordine non elevato, gelosie inqualificabili opposero tali ostacoli che si dovette desistere[1]). E così, mentre sono sorti da per tutto presso di noi laboratorii di Medicina legale, manca ancora il materiale opportuno a un insegnamento pratico, dimostrativo, fecondo. Già in altro congresso (X dell'associazione medica italiana in Modena, 1882) fu portata la questione da Tamassia[2]), ma senza risultati pratici. Invano hanno ancora levata la voce Filippi[3]), Pellacani[4]), e altri; per cui parrebbe che noi, i quali nel propugnare l'idea non fummo inferiori ad altri, dovessimo però, a differenza degli altri, definitivamente abbandonarla. Ma il vero è che la pertinacia nell'abbandono e nel diniego non ha fatto che accrescere presso di noi la pertinacia nell'insistere; e noi torniamo a levar la voce oggi, all'occasione di questo congresso, con la coscienza di adempiere a un dovere, con la fiducia nell'appoggio dei colleghi stranieri.

Ma, a formulare una proposta concreta, sulla quale si possa esprimere un voto, io credo necessario mettere in rilievo alcune considerazioni, che risultano da quanto son venuto esponendo finora. Queste considerazioni sono:

1° che l'idea di istituti medico-legali, regolarmente funzionanti a beneficio dell'insegnamento e della giustizia, ha, da 60 anni in qua, raccolto il suffragio di tutti i cultori della Medicina legale, e di tutti i paesi;

2° che dove l'istituzione fu tradotta in atto, ivi ha fornito risultati eccellenti tanto in vantaggio della scienza e dell'insegnamento, quanto in vantaggio della giustizia;

3° che se finora l'attuazione di tali istituti nella loro funzione complessa, riuscì in singoli centri scientifici per sforzi personali dell'insegnante, sue speciali attribuzioni, sue particolari relazioni e condizioni di località, non si deve fare molto assegnamento su queste iniziative individuali, che non riescono da per tutto, e non sempre bastano a superare tutte le difficoltà; e però la istituzione deve essere salvaguardata da una *legge dello Stato*.

Posta così la questione, noi possiamo formulare un voto nei seguenti termini:

« La XVIII Sezione del XI congresso medico internazionale in Roma, considerando che da un buon ordinamento degli istituti medico-legali si

[1]) De Crecchio, Sulla fondazione di istituti medico-legali in: Morgagni 1862, disp. I, p. 73 — Sopra un nuovo indirizzo da dare all'insegnamento ed alla pratica della Medicina legale, in: Atti della R. Accademia medico-chirurgica di Napoli, e Morgagni 1867, disp. 9, p. 621 — Progetto di legge sull'intervento del professore di Medicina legale nel raccogliere le prove generiche nei giudizii penali, in: Atti parlamentari, Camera dei deputati, tornata 25 febbraio e 8 luglio 1880, e Riv. sp. di Fren. e Med. leg. An. IV, 1878, p. 771 — Istituto medico legale e Sala necroscopica giudiziaria della R. Università di Napoli, in: Notizie intorno alla Università di Napoli per l'esposizione nazionale di Torino nel 1884.

[2]) Tamassia, Sull'ordinamento della Medicina legale in: Rivista sper. di Fren. e Med. legale, An. VIII, fasc. IV, 1883, p. 253 — Il progetto di legge del prof. De Crecchio ed i suoi oppositori in: Riv. sp. di Fren. e Med. leg., An. V, 1879, p. 202.

[3]) Filippi, Sulla organizzazione della istruzione e della pratica medico-legale in Francia ed in Italia; Sperimentale, An. XXXVIII, T. LIII, 1884, p. 349 — Sull'ordinamento della Medicina legale nelle Università del Regno; il Pratico, 16 novembre e 1° dicembre 1891, 1° gennaio, 1° maggio e 16 settembre 1892.

[4]) Pellacani, La riforma dell'istruzione e della pratica medico-forense in Francia; Riv. sp. di Fren. e Med. leg., An. X, 1884, p. 186 — L'ordinamento della pratica medico-legale a proposito di una causa per omicidio colposo. Bologna, Tip. Monti, 1892.

avvantaggiano ad un tempo la scienza, la scuola e l'amministrazione della giustizia — considerando che a tale ordinamento non può provvedersi che con una legge dello Stato, fa voti perchè tutti gli Stati dei paesi civili provveggano a che il materiale delle perizie giudiziarie, ove esistono insegnanti universitarii di Medicina legale, sia, con maggior vantaggio dell'amministrazione della giustizia, utilizzato anche a benefizio della scienza e dell'insegnamento. »

Discussione

Prof. **D. Toscani** (Roma): Fa osservare al relatore che, pur dichiarando di non parlare per interesse personale, fin dal 1871 egli nel Congresso dell'Associazione medica italiana che si tenne a Roma in quell'anno (come risulta dal volume degli *Atti*) sostenne la stessa tesi del Filomusi. Successivamente egli, il Toscani, ugual cosa sostenne in una sua pubblicazione: *Introduzione allo studio della medicina legale.*

Prof. **S. De Crecchio** (Napoli): Si associa e loda le idee del Filomusi, ed accenna l'importanza che ha in Italia il voto che dal relatore si chiede alla Sezione, e lo ringrazia del ricordo dell'opera che egli, il De Crecchio, ha prestato propugnando la necessità dell'insegnamento pratico e la fondazione degli istituti Medico-legali.

Dott. **R. Guerrieri** (Bologna): Fa plauso alla relazione del professore Filomusi. Propone un'aggiunta alle conclusioni del relatore, e cioè che siano creati medici periti legali, ai quali le autorità debbano ricorrere quando occorrano perizie medico-legali. Svolge e sostiene questa proposta con molti argomenti.

Prof. **G. Corrado** (Cagliari): Io fo plauso alla relazione del professore Filomusi, e mi associo ad essa pienamente; però tenendo presenti anche le osservazioni del dott. Guerrieri e la discussione che ne è seguita desidero che alla proposta del Filomusi si aggiungano le seguenti parole: *e fa voto che sia modificato l'attuale ordinamento della pratica medico-legale.*

Dr. **H. Szigeti** (Budapest): Nach einer kurzen Schilderung des Unterrichtes der gerichtlichen Medicin an den Universitäten Europa's, welchen er auf einer längeren Studienreise im Auslande aus eigener Anschauung kennen zu lernen Gelegenheit hatte, kommt er zur Schlussfolgerung, dass ein erspriesslicher Unterricht in dieser Disciplin nur dann zu erhoffen ist, wenn der Professor der gerichtlichen Medicin in eigener Person auch Gerichtsarzt ist und ihm gestattet ist, das ihm sur Verfügung stehende Material zu Studienzwecken zu verwenden, wie dies derzeit auch der Fall ist in Oesterreich und Ungarn, in welchen Staaten für Lehre und Forschung der gerichtlichen Medicin am besten vorgesorgt ist.

Prof. **A. Severi** (Genova): l'O. sentita la relazione del professore Filomusi e la precedente discussione, mentre condivide perfettamente le opinioni del relatore, onde approdare a qualche cosa di pratico ed onde la

pratica abbia più pronto risultato propone di aggiungere alla conclusione del prof. Filomusi la seguente proposizione:

« La Sezione di Medicina legale in una seduta del 30 marzo 1894 ha deliberato che, sentito il parere della presidenza generale, una Commissione costituita dalla presidenza e di quei membri che questa crederà associarsi, si rechi dalle LL. EE. il ministro della pubblica istruzione e di grazia e giustizia in Italia affinchè facendo loro conoscere i voti espressi dalla Sezione di Medicina legale vogliano provvedere perchè da noi l'insegnamento della medicina legale abbia quei miglioramenti a cui accenna l'ordine del giorno Filomusi-Guelfi. »

Prof. **D. Toscani** (Roma):

Delle riforme desiderabili nella procedura relativa alle perizie mediche e alla loro revisione.

Il tema che in brevi parole io imprendo a svolgere non è nuovo. La esitanza che, per questo motivo, ho da principio provata nell'assumere tale compito, è stata però, in seguito a più matura riflessione, da me vinta, considerando trattarsi di uno di quelli argomenti su cui bisogna insistere e tornare ad insistere fino a stanchezza, o meglio fino a che non si raggiunga lo scopo delle opportune riforme.

È frequente il lamento non pure in Italia, ma anco altrove, che si muove in occasione di certe sentenze emanate dai tribunali e di certi verdetti pronunciati dai giurati che sono affatto in opposizione con la scienza. Ma che meraviglia? Specialmente dai giurati si hanno talora verdetti che ripugnano al buon senso, al senso che *si dice* comune; e pretendiamo che non se ne abbiano da loro, ed anco dai giudici, talvolta di quelli che contrastano con le verità fatte palesi dalla scienza, di cui gli uni e gli altri, ma specialmente i primi, sono d'ordinario del tutto ignari? Noi raccogliamo, nè più nè meno, i frutti che è possibile attendersi dal sistema che abbiamo adottato. È questo sistema che, nell'interesse dell'amministrazione della giustizia, dovrebbe essere assolutamente modificato, e non sopra di un punto solamente.

Ma io dovendo restringere il mio discorso dentro i limiti del tempo concessomi dal regolamento del Congresso, nulla dirò intorno alla scelta dei periti affidata all'arbitrio della istruzione penale, e che assai di sovente lascia molto a desiderare, perchè generalmente non limitata, come lo è in Germania, entro la cerchia di un novero di Medici i quali, indipendentemente dagli esami sostenuti per la laurea, e dopo ottenuta questa, per adatte e più rigorose prove superate abbiano conseguito speciale diploma d'idoneità a fungere da periti.

Non m'intratterrò nemmeno in osservare che per formare dei periti veramente esperti è imprescindibile necessità cominciare dall'introdurre sostanziali migliorie nell'insegnamento della medicina legale, fornendo tutte le relative scuole non solo di un laboratorio largamente provvisto dei necessarii mezzi di sperimentazione pel progresso della scienza, ma anche, e sopratutto, trasformando le scuole stesse in altrettante cliniche medico-

legali, che valgano ad addestrare gli allievi nel pratico esercizio del riconoscimento e della giusta interpretazione dei fatti che interessano l'amministrazione della giustizia; al modo stesso che vi hanno delle cliniche generali e speciali che ne guidano alla diagnosi ed alla cura delle malattie. Posso tanto più dispensarmene dopo che un egregio collega, il Filomusi-Guelfi, si assunse l'incarico di trattarne.

E lasciando pure da parte altri punti di controversia, mi limiterò a richiamare l'attenzione soltanto sulla parte che tocca più da vicino le modalità delle perizie e delle loro discussioni, in che appunto io scorgo la ragione massima degli inconvenienti che si deplorano, e dove trovo la necessità di provvedimenti che valgano a scemare, se non a rimuovere del tutto, gl'inconvenienti stessi.

Quando, base del giudizio è un fatto riguardante la parte fisica dell'uomo, il magistrato inquirente invoca, com'è ben giusto e naturale, lo intervento di un perito medico, e ai fatti da questo accertati ed alle interpretazioni ai fatti stessi da lui date fiducioso si affida. Intanto, esaurito il periodo istruttorio, e non appena l'avvocato difensore ha potuto prendere conoscenza delle risultanze processuali, si dà egli alla ricerca di altro perito o più periti medici, i quali non la pensino al modo del primo, che credano siasi ingannato nell'apprendimento dei dati di fatto, o nel giudizio sui medesimi espresso. Naturalmente la scelta non può cadere che su chi la pensi a questo modo, e quindi inevitabilmente le dispute pel discorde parere, e, checchè se ne declami da molti in contrario, la distinzione, che spontanea si presenta alla mente, dei periti in *fiscali*, vale a dire chiamati dall'autorità giudiziaria, e in *defensionali*, cioè chiamati ad istanza del difensore; i primi a sostegno dell'accusa, della difesa i secondi. Gli uni e gli altri, senza dubbio, secondo coscienza, e in conformità della scienza nella quale sono però dissenzienti.

Or bene, in mezzo ai discordi pareri dei periti, nel sistema attualmente in vigore, debbono erigersi ad arbitri i giudici togati nei tribunali, alle assise i giurati. Sono dessi i chiamati a rigettare il parere degli uni, ad accogliere quello degli altri. Saranno i giurati, od i giudici togati, che decideranno le controversie se un processo di chimica analisi sia stato ben condotto o no; se debba o no riconoscersi facoltà abortiva in una droga; se a rendere letale una ferita abbiano o no potuto influire una anormalità di struttura, od una preesistente malattia del soggetto, od una sopraggiunta circostanza estranea alla ferita medesima; se delle lesioni trovate sul capo di un infante possano o no essere state originate dal travaglio del parto; se le istituite ricerche e il modo nel quale furono condotte valgano o no a dare prova sicura che un bambino nacque vivo. Sono persone mancanti di ogni tecnica competenza che debbono decidere di queste e di altrettali questioni tecniche, quando risultino discordi nel loro avviso coloro che sono in possesso degli speciali studii che soli possono condurre alla soluzione delle medesime. Assurdità maggiore di questa io per verità non so concepire! E notisi per soprappiù che in alcuni stati, nel Belgio ad es. e nell'Austria, i medici sono dispensati dall'ufficio di giurato. Sicchè non è dato nemmeno sperare che taluno di loro possa illuminare e guidare con le speciali sue cognizioni i compagni.

Come rimediare?

Alcuni hanno ideata la istituzione di un Giurì speciale tecnico, cui dovrebbero sottoporsi per la loro soluzione tutte le questioni di natura medica, e al verdetto del quale dovesse obbligatoriamente attenersi il consesso dei giurati ordinarii. Tale proposta, a mio avviso, non è accettabile. A prescindere dalla obiezione che vien fatta che l'attuazione della medesima offenderebbe nelle sue fondamenta la istituzione della giurìa; e a prescindere pure dal riflesso che la proposta stessa non provvederebbe per le cause che si discutono avanti ai tribunali, ma solamente per quelle portate davanti alle assise; io ritengo che la creazione di un giurì speciale non è di pratica attuabilità. Troppo ristretto sarebbe difatti il numero delle persone che potrebbero a buon diritto esser chiamate, specialmente nelle città secondarie, a far parte di tale speciale giurì, stante la limitazione al solo ceto medico. Sopratutto poi, se si rifletta che nemmeno tutti indistintamente i medici potrebbero a rigore essere adibiti all'ufficio in parola, se egli è vero, come io ritengo per fermo, che per esercitare la medicina legale, e perciò anche per giudicare in materia, la sola laurea medica ottenuta non dà sufficienti garanzie d'idoneità quali possono fornire solamente studî speciali e prove date dell'acquisto per essi fatto di speciale competenza.

Io per me non voglio punto che venga nulla sottratto all'apprezzamento dei comuni giurati; aspiro solamente all'intento che dessi, ed anco i giudici togati, si abbiano un'opportuna guida che li conduca ad un apprezzamento giusto, per quanto umanamente è possibile. Io non chiedo che intervenga una legge la quale imponga agli uni e agli altri un obbligo espresso di attenersi alle conclusioni dei periti. Domando soltanto che un'influenza morale ve li astringa, e tranquillizzi in pari tempo la loro coscienza. E questo non può ottenersi che con un solo mezzo: con la istituzione di un corpo scientifico competente ed autorevole, che funga l'ufficio di periziore. Sarebbe una specie di Corte d'appello chiamata a risolvere le controversie insorte fra i periti delle due parti. Dovrebbe essere costituito dei cultori più eminenti della medicina forense e di alcuna delle scienze speciali che hanno più stretta attinenza con la medesima, circondati naturalmente da tutte le necessarie condizioni di indipendenza. All'esame ed al parere di questo corpo dovrebbero sottoporsi, insieme colle perizie redatte dai periti scelti dal magistrato inquirente, quelle altre ancora che in opposizione fossero esibite, e lo si dovrebbero perciò pure in iscritto, dalla difesa. Tutto ciò che si riferisce a perizie dovrebbe di necessità essere esaurito nel periodo istruttorio; per modo che nelle udienze dei tribunali e alla Corte delle assise potesse e dovesse presentarsi l'avviso espresso dall'autorevole consesso anzidetto, senza fare assistere giudici e giurati allo spettacolo ordinariamente non bello nè utile, dannoso anzi, di discussioni tra periti talvolta di soverchio appassionate, che servono spesso a gettare immeritato discredito sulla scienza, e in mezzo alle quali, per la incompetenza degli ascoltatori, male riesce a questi di poter distinguere la verità dall'errore.

Qualche cosa di analogo aveva luogo già presso di noi sotto il cessato regime, poichè quando fossero risultati discordi tra loro i periti dovevano i tribunali fare appello al voto periziore dei Collegi medici di Roma o di Bologna; e attualmente si pratica pure in Austria, in Ungheria e in alcuni cantoni della Svizzera, dove in simile circostanza invocano i tribunali, che ne riconoscano il bisogno, il parere di una Facoltà medica o di altro

corpo scientifico. Senonchè la istituzione che ho sopra raccomandata, non altrimenti di una congenere già da tempo esistente in Prussia ed in altri Stati della Germania, offrirebbe maggiori garanzie di competenza delle stesse Facoltà mediche, a motivo della scelta al determinato scopo delle persone chiamate a farne parte e della specialità degli studii che dovrebbero esigersi da loro coltivati.

Adottando la proposta da me caldeggiata e introducendo all'uopo le necessarie riforme nella procedura, si provvederebbe certamente assai meglio agl'interessi dell'amministrazione della giustizia, e la questione della obbligatorietà o non obbligatorietà che i giudici ed i giurati abbiano a seguire le conclusioni dei periti diverrebbe, di fatto almeno, una questione oziosa.

Ed invero se portiamo la nostra attenzione sulle possibili conclusioni della perizia medica, le medesime si riducono alle quattro seguenti:

L'assoluta inammissibilità dei fatti o delle interpretazioni che ai medesimi vorrebbero darsi, e in tal caso toccherà al Pubblico Ministero di rinunciare all'accusa quando questa su quei fatti o su quelle interpretazioni dovrebbe esclusivamente avere il suo fondamento; e ove detto Pubblico Ministero non lo facesse, toccherebbe alla Sezione di accusa di supplirvi col rigettare la istanza di lui, perchè priva di base.

Ovvero che, senza ne risulti l'assoluta inammissibilità, non sono quei fatti, o quelle loro spiegazioni dimostrate avanti alla scienza.

O non lo sono bastantemente: e tanto nell'uno che nell'altro di questi due casi, la medicina non potrà davvero adontarsi se magistrato e giurati si diano a ricercare altrove quelle prove che del tutto mancano, o che difettano, da parte della perizia. Nè v'è bisogno che intervenga una legge speciale per indurveli, come una legge non potrebbe intervenire per scemare questo loro diritto, che è pure un loro dovere.

O da ultimo il risultato di cui parliamo può essere quello che dalla perizia emerga pienamente dimostrato quel dato fatto, la origine sua, le sue conseguenze. E allora chi sarebbe fra i giudici o fra i giurati che oserebbe ribellarsi a siffatto giudizio peritale quando procedesse dall'ultima parola pronunciata dalla scienza non per bocca di uno o di altro individuo, ma da un consesso di competenti periziori costituito nel modo anzidetto? L'autorità di questo consesso naturalmente s'imporrebbe. E seppure alcuno vi fosse tra loro che osasse tanto, affrontando la taccia d'impudenza, che difficilmente sfuggirebbe, non è credibile che egual cosa potesse avvenire da parte dei più. Chè la maggioranza è richiesta nei giudizii. Se lo sconcio può al dì d'oggi verificarsi, ciò accade precisamente perchè giudici e giurati si fanno assistere allo spettacolo delle pubbliche discussioni tra periti di parte opposta, senza che siano in grado di giudicare dove sia la ragione, dove il torto, e senza che si abbiano ordinariamente altra guida che quella delle personali simpatie, della maggiore o minore facondia dei discutenti, o della loro rinomanza professionale, acquistata di sovente, e non sempre legittimamente, in un campo ben diverso da quello della medicina forense. Togliete siffatta cagione, e non avranno più, o solo in casi affatto eccezionalissimi, a temersi sentenze in opposizione con la scienza.

Si rifletta inoltre che al vantaggio di capitale interesse testè menzionato se ne aggiungerebbero per l'attuazione della proposta ancora due

altri di non dispregievole importanza. Quello, prima di tutto, di finirla una volta con quei brutti spettacoli che si danno ora, specialmente davanti alle Corti di assise nelle animate discussioni tra periti, condotte bene spesso con poca dignità, per non dire in modo indecoroso, per le quali, massime dai profani, sono gettati nel discredito la scienza e i suoi cultori, arrivandosi fino al punto da dichiarare inutile non solo, ma anco dannoso agli interessi della giustizia l'intervento dei periti medici nel Fôro.

In secondo luogo poi si farebbe anche un guadagno per le finanze dello Stato, considerevolissime essendo ora le spese che s'incontrano per le revisioni e soprarrevisioni delle perizie, e per il numero talvolta anche notevole dei periti chiamati nelle pubbliche udienze e tenuti lontano dalle proprie residenze anche per più e più giorni.

Dall'esame degli Atti ufficiali ho potuto rilevare che in Italia le spese generali di giustizia oscillano annualmente dai *quattro* ai *cinque* milioni, e su questa somma figurano le perizie per circa 900,000 lire. È vero che vi sono comprese anche quelle non mediche, ma sono in grandissima minoranza. E se col nuovo sistema rimarrebbe sempre a sostenersi una parte della spesa per le perizie mediche, certo è che sarebbe dessa di molto ridotta.

Torno a ripetere che la questione da me svolta non è nuova; ma io la credo di così alto interesse, che sarei lietissimo se i colleghi radunati in questa Sezione, facendo buon viso alle esposte idee, approvassero col loro voto le conclusioni seguenti, che ne sono il riassunto:

1. Si cessi dal fare assistere giudici e giurati alle orali discussioni fra periti medici dissenzienti.

2. Dovunque non esista, sia creato un supremo magistrato medico, o consesso di periziori, del quale facciano parte i più eminenti cultori della medicina legale ed alcuno anche fra quelli delle scienze aventi con la medesima più strette attinenze.

3. All'esame ed al parere di detto consesso si sottopongano le perizie mediche ogni volta che queste vengano oppugnate, nonchè le opposizioni, da presentarsi anch'esse in iscritto, dei periti chiamati ad istanza della difesa.

4. Tutto ciò che si riferisce a perizie si compia nel periodo istruttorio, introducendo le riforme di procedura necessarie perchè ciò possa effettuarsi.

5. Venga presentata nel pubblico dibattimento ai giudici ed ai giurati l'ultima parola della scienza, pronunciata per bocca dell'autorevole consesso anzidetto, lasciando che gli uni e gli altri ne tengano quel conto che essi credono, e che per lo meno assai difficilmente allora avverrà non sia quello *giusto*.

Discussione

Prof. **S. Ottolenghi** (Siena): Si dichiara lieto non solo ma commosso per la comunicazione del professore Toscani, la quale tocca una questione vitale della medicina legale e accenna a voler finalmente far cessare uno stato di cose nelle perizie giudiziarie realmente incompatibile, che è un vero strazio della scienza medico-legale e induce lo scetticismo nei giovani cultori della medicina forense; ma egli vorrebbe essere più radicale, vorrebbe fosse in modo tale modificata la procedura penale, che fosse evitata per qualsiasi quesito medico-legale la decisione della giuria, perchè vi sarà

sempre a dubitare che essa possa piuttosto essere suggestionata dalla parola fascinante della difesa che convinta della decisione di qualsiasi collega peritale.

Prof. **De Crecchio** (Napoli): Riconosce gl'inconvenienti lamentati dal Toscani nella attuale procedura delle perizie medico-legali; ma non crede opportuno in questo momento complicar la questione degli istituti medico-legali, come fu posta da Filomusi-Guelfi, con altre questioni, che meritano un più maturo esame.

Prof. **A. Cugini** (Parma): Era preparato a votare la proposta Toscani per ciò che concerne specialmente la istituzione di un Collegio di periziori, perchè m'era sembrato che la sua proposta riguardasse l'istruttoria del processo. Se è veramente così, mantengo il mio voto favorevole, non ostante le osservazioni dei colleghi che mi precedettero in questa discussione. La proposta Toscani infatti intende di togliere il gravissimo inconveniente che sia lasciato ai giurati, ai giudici dei tribunali, di valutare la bontà degli argomenti messi fuori dai periti, quando questi non si trovano d'accordo fra loro: questo giudizio non può essere deferito a persone che potranno essere rispettabilissime, ma non sono tecniche. Invece accettando la proposta Toscani, pubblico ministero e difesa potrebbero chiamare quanti periti volessero durante la istruttoria: o le conclusioni sarebbero concordi, e senz'altro esse verrebbero portate a far parte del processo; o a differenti conclusioni perverrebbero i periti, e in tal caso si ricorrerebbe al Collegio dei periziori: il giudizio di questi entrerebbe a far parte del processo, e ad esso dovrebbero uniformarsi giurati e giudici ordinarii, con grande vantaggio della giustizia, e rimovendo il doloroso spettacolo, cui oggi assiste il pubblico, di una lotta tra perito e perito, dannosa alla giustizia e alla scienza. Nè certamente potrebbe sostituirsi al Collegio dei periziori una Facoltà medica di Università: in questa si lamenterebbe il fatto, che uno solo fra quei professori sarebbe veramente un tecnico speciale, un medico-legale: il Collegio invece di periziori sarebbe composto di soli medici foresi, ai quali nei casi speciali potrebbe essere aggiunto qualche altro specialista.

Dott. **S. De Sanctis** (Roma): Veduto che esistono altre comunicazioni riguardanti l'argomento svolto dal Toscani, propone che il voto chiesto dal relatore al Congresso sia differito all'ultima seduta della Sezione, quando cioè si saranno udite le comunicazioni suddette.

(*L'assemblea approva*).

Prof. **A. Wernich** (Berlin):

Die Bakteriologie im Dienst der forensischen Diagnostik.

1. Bei dem Ueberschwang, welchen gegenwärtig das Studium der Causae vivae gegenüber allen Krankheitsursachen erlangt hat, ist es nöthig, für die Beurtheilung in foro schärfere Grenzen zu finden, innerhalb deren die im Organismus liegenden und die ausser der Bakterien von Aussen eindringenden Momente ihre Bedeutung behalten.

2. Da andererseits viele Schwierigkeiten des causalen Zusammenhanges nur durch bakterioskopische Untersuchungen sicher gestellt werden können, entsteht die Frage, ob in der gerichtsärztlichen Praxis die Schulung der Obducenten in der Bakteriologie soweit zu treiben ist, dass die bisherigen Experten in foro selbst die erforderlichen Untersuchungen leisten, oder ob für gerichtlich-bakteriologische Untersuchungen derselbe Weg zu beschreiten sein wird wie für gerichtlich-chemische?

Discussione

Prof. S. **Ottolenghi** (Siena): Fa plauso alla comunicazione del professore Wernich, che mette in rilievo l'importanza della ricerca batteriologica nella casuistica medico-forense, e a proposito di questa comunicazione di tanta attualità propone che la Sezione faccia voto perchè nelle necroscopie giudiziarie siano per legge suggerite oltre alle ricerche anatomopatologiche e chimiche, le ricerche batteriologiche per accertare la causa della morte.

Prof. A. **Severi** (Genova): Mentre si associa al professore Ottolenghi sulla necessità delle ricerche batteriologiche non crede opportuno di obbligare sempre il medico perito a queste ricerche; vorrebbe solamente che il perito non trascurasse mai questo metodo quando sia necessario associandosi e dirigendo all'occorrenza l'opera dei colleghi specialisti.

Prof. J. **Kratter** (Graz): Zu dem Vortrage meines geehrten Collegen möchte ich nur bemerken, dass ich es als das Ideal der künftigen Entwicklung der gerichtlichen Medicin ansehe, dass an den Lehrkanzeln derselben Alles gelehrt und durch Forschung gefördert werde, woran das Fach ein essentielles Interesse hat; daher wird der gerichtliche Mediciner nicht nur Obductionen auszuführen und Verletzungen zu untersuchen haben, sondern er wird auch die chemischen und bakteriologischen Methoden in einem dem Zwecke der gerichtlichen Medicin entsprechenden Umfange beherrschen müssen, und soll in der Lage sein, auch auf diesen Gebieten der Rechtspflege erspriesslich und autoritativ dienen zu können.

Prof. P. **Pellacani** (Bologna): La comunicazione del collega Wernich colle aggiunte del collega Kratter hanno una speciale importanza riguardo alla parte che deve spettare all'*indirizzo* ed ai *metodi* nelle ricerche di medicina giudiziaria.

L'indirizzo è dato da un complesso di conoscenze mediche e sociologiche e legislative vigenti che spettano al medico legale; i metodi possono riferirsi a determinazioni obbiettive d'interesse batteriologico, chimico, ecc. ecc. Ad esempio, in causa di morte per auto-intossicazione intestinale la batteriologia sarà chiamata ad importanti servigi, come la chimica. Eppure solo il medico forense potrà con unità nel complesso dare nei giudizii direzione che tenga conto dei singoli elementi costitutivi del fatto. Ricorda il professore Pellacani una questione speciale nella quale chimica e batteriologia hanno pure una parte importantissima, eppure la sola medicina legale col criterio antropologico, con quello casuistico, con quello delle circostanze speciali potrà far accettare o respingere la tesi di mancato, di tentato o di consumato veneficio.

Dr. **H. Szigeti** (Budapest):

Ueber die Blutfarbstoffverbindungen des Kohlenoxydes.

Untersuchungen, welche ich im Institute für gerichtliche Medicin des Hofrathes Professor Dr. Hofmann in Wien über das Verhalten des Kohlenoxydes zu den Blutfarbstoffen angestellt habe, haben ergeben, dass das Kohlenoxyd sich nicht nur mit dem Haemoglobin, sondern auch mit dem Haemochromogen, dem Methaemoglobin und Haematin verbindet. Alle drei Verbindungen sind hellroth. Das Spectrum des Kohlenoxydhaemochromogens und sein Verhalten zum Schwefelammonium ist gleich dem des Kohlenoxydhaemoglobins. Das Spectrum des Kohlenoxydmethaemoglobins und des Kohlenoxydhaematins ist characterisirt durch einen breiten Absorptionsstreifen im grünen Felde zwischen D und E, näher zu D gelegen; derselbe bleibt beim Schütteln der Lösung mit Luft unverändert und auf Zusatz von Schwefelammonium theilt es sich in zwei Absorptionsstreifen, welche, der Lage nach, mit denen des Kohlenoxydhaemoglobins, respective des Kohlenoxydhaemachromogens zusammenfallen.

Die Eigenschaft des Kohlenoxydes mit dem Methaemoglobin eine Verbindung einzugehen, kann beim Nachweise des Kohlenoxydes, durch Einleiten desselben in eine Methaemoglobinlösung, und zur Erkennung des Methaemoglobin, z. B. bei Vergiftung mit chlorsauren Salzen, verwendet werden.

Il desiderio del professor Toscani venne pienamente soddisfatto, giacchè, dopo discussione, fu approvato ad unanimità *un ordine del giorno nel quale, accogliendosi le conclusioni anzidette, si espressero voti che le medesime si abbiano la sanzione della legge. Si raccomandò poi al Presidente di portare a conoscenza dell'autorità e caldeggiare l'attuazione dei voti medesimi.*

Prof. **A. Severi** (Genova):

La vita giuridica nelle questioni civili e penali.

L'A. ritenendo che la giurisprudenza deve basarsi sui progressi delle scienze mediche nelle quistioni che le riguardano stima opportuno che il medico legale contribuisca a gettare, per tempo, i fondamenti delle future codificazioni penali e civili.

Per questo egli conclude dai suoi studii critici e sperimentali:

1. Che i criterii della vita legale del neonato debbono essere unificati tanto in materia civile che penale.

2. Che il concetto di questa vita debba riposare essenzialmente nella respirazione polmonare, la quale pertanto dovrà rivestire i caratteri della *respirazione fisiologica.*

3. Che in questioni penali, poi, sono da considerarsi come uccisi in condizioni di vita fetale e perciò quali feticidii, i neonati i quali, pur avendo presentato fenomeni vitali in senso generico non hanno più fisiologicamente respirato.

4. Che il feticidio così inteso potrebbe considerarsi come un equivalente dell'aborto procurato avendo con questo in comune lo scopo precipuo di distruggere il prodotto del concepimento.

Discussione

Prof. P. **Pellacani** (Bologna): Il professore Severi espone, secondo l'autore, con timidezza soverchia alcune idee sul concetto della vita e della vitalità, quasichè temesse porre il piede nel campo della etiogenesi dei fenomeni sociali. Ma egli sa che la medicina legale ha avuto periodi di vera grandezza e di grande scoraggiamento, e che la sua grandezza nelle epoche precedenti è legata allo studio etiologico dei fenomeni sociali.

Ricorda l'epoca nella quale la medicina legale, nel secolo scorso, fu considerata come antropologia generale applicata alla sociologia col *Boeck*, preannunziando quel momento l'epoca attuale, nella quale spetta a noi Italiani il compito di sviluppare questa parte integrale della medicina pubblica studiando tutte le manifestazioni morbose dell'uomo nella società vivente. Quale altra scienza al mondo può studiare sotto l'aspetto biologico quei fatti che si dicono: vita, vitalità, capacità civile, persona civile, o quelle manifestazioni che si dicono: delitto, suicidio, degenerazione? Ricorda come l'Hoffmann colla sua grande autorità abbia sanzionato questo indirizzo della medicina legale.

Il professore Kratter di Graz approva, dividendo le opinioni del professore Pellacani.

Prof. **Filomusi-Guelfi** (Pavia): Nota che finora non esistono criterii medico-legali sufficienti per potere nei casi pratici distinguere il feticidio dall'infanticidio. Se i polmoni sono fetali ed esistono lesioni coi caratteri delle lesioni sul vivo, è ugualmente ammissibile che l'infante sia stato ucciso prima della respirazione (feticidio) o dopo della respirazione con ritorno all'atelectasia (infanticidio). Crede che la medicina legale debba portare il suo contributo alla legislazione, ma deve fornirle fatti bene accertati, e nel caso speciale non gli pare che finora si possano indicare criterii sicuri che permettano esatte distinzioni tra feticidio e infanticidio. Egli preferirebbe piuttosto che per ora l'uccisione dell'infante con i polmoni fetali fosse qualificata per infanticidio, come fanno appunto il Codice penale austriaco ed il germanico.

Prof. **Cugini** (Parma): Desidero conoscere quale concetto professi il professore Severi intorno alla manifestazione della vita propria per parte dell'infante: quale differenza pertanto ammetta tra le prove della respirazione avvenuta, e le altre relative al circolo sanguigno.

A. **Severi**: Risponde al Pellacani che è utile tornare su una quistione così importante e su cui i pareri sono ancora così discordi. Al professore Filomusi risponde che è utile studiare anche nei fatti la quistione come risulterà dal lavoro che è in corso di pubblicazione. Dà al professore Cugini le richieste spiegazioni.

Terza Seduta.

31 Marzo 1894, ore 9.

Presidente: Prof. D. Toscani (Roma).

Prof. **J. Kratter** (Graz):

Ueber den Tod durch Electricität.

Versuche, welche ich zur Ermittlung der eigentlichen und unmittelbaren Todesveranlassung durch hochgespannte elektrische Ströme unternommen habe, führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Meist erfolgt der Tod durch die stets auftretende plötzliche Hemmung der Athmung (primären Respirationsstillstand), eine Funktionslösung, die in einem Theil der Fälle auch nach dem Aufhören des Reizes so lange Zeit andauert bis definitiver Tod durch Erstickung (Asphyxie) eingetreten ist. Während der Asphyxie ist die Herzbewegung noch erhalten. Dauert der Respirationsstillstand über eine gewisse Zeit (gegen zwei Minuten) an, so tritt, wie bei der mechanischen Erstickung, secundär Herzstillstand ein. Nicht selten jedoch beginnt das Thier wieder spontan zu athmen und erholt sich bald völlig.

2. Manchmal tritt der Tod blitzähnlich durch augenblickliche Hemmung der Herzbewegung somit durch primären Herzstillstand ein, ein Vorgang der als Shock (reflectorischer Herzstillstand) bezeichnet zu werden pflegt.

In keinem dieser Fälle konnte eine anatomische Veränderung, die den Tod zu erklären vermöchte, nachgewiesen werden. Unzweifelhaft handelt es sich um feine, wahrscheinlich nur molekuläre und morphologisch gar nicht erkennbare Veränderungen in den Ganglienzellen des Respirations- und Circulationscentrums. Untersuchungen auch diese nachzuweisen sind noch im Gange.

3. In einzelnen Fällen kommt es zu mechanischen Läsionen in Form von Zerreissungen der Blutgefässe der dura oder pia mater und Quetschungen der Gehirnoberfläche. Es bilden sich intermeningeale Haemorrhagien und subdurale Haematome, und das Thier geht (nach Stunden) an Hirndruck zu Grunde.

4. Die anatomische Diagnose wird gesichert durch eigenthümliche Verbrennungen an den Contactstellen, mitunter durch Blutungen, welche den Weg bezeichnen, den der Strom durch den Körper genommen hat.

Discussione

Prof. **G. Corrado** (Cagliari): Son lieto che in questa sede sia stata portata l'interessante questione della morte per elettricità, che purtroppo tende a divenire più frequente col diffondersi dell'uso industriale di questa potente energia. Mi congratulo col prof. Kratter della sua brillante comu-

nicazione, e prendo occasione da essa per dire il risultato di alcune esperienze fatte da me nel febbraio 1892 nella scuola di applicazione degli ingegneri di Napoli, alla presenza dell'attuale direttore prof. Grassi. Or bene, si è avuto, con circa 300 Volts (corrente alternante), la morte istantanea di animali di piccola taglia (cane, cavie). Sulla pelle, solo in corrispondenza del punto di applicazione del reoforo, ho notato una ustione più o meno superficiale, e poi negli organi interni, nè macroscopicamente nè microscopicamente, niente che permettesse di giudicare dello speciale genere di morte.

Prof. **D. Toscani** (Roma): Faccio osservare che certamente lo studio sulla morte da elettricità ha una grande importanza, massime ai giorni nostri. Le ulteriori osservazioni ed esperienze mostreranno quali rapporti esistano tra questa morte e quella da fulminazione, e se, come già notavano gli antichi intorno a questa, così pure nella prima la maniera di morte possa essere diversa nei diversi casi.

Prof. **G. Pellacani** (Bologna): Il prof. Kratter nella sua interessante comunicazione ci dice che l'elettricità determina la morte con due meccanismi di inibizione, l'uno cardiaco e l'altro respiratorio. La morte con processo locale di ematoma della dura non entra nella prima serie di risultati; l'ematoma è l'effetto locale dell'azione della corrente.

Io chiesi poi al prof. Kratter se abbia osservato che l'azione della corrente sul collo (parte anteriore del collo) abbia avuto effetti speciali di inibizione riflessa, poichè è noto che i fisiologi insegnano essere questa regione ricchissima di nervi sensibili con speciali azioni riflesse sul centro respiratorio. E sono note le esperienze di Brown-Séquard e di Vulpian e le morti rapidissime spiegate come conseguenze di shock respiratorio per paralisi centrale date certe lesioni traumatiche del collo o l'azione di vapori irritanti sulla mucosa delle prime vie respiratorie (cloroformio).

E qui il prof. Pellacani si diffonde a parlare della questione della morte per inibizione e pone in confronto le ricerche del Tomasin, che nega gli effetti dello shock respiratorio e cardiaco di Brown-Séquard, Vulpian, ecc.

Kratter: College Corrado hat vollkommen richtig beobachtet; Veränderungen der inneren Organe fehlen fast ausnahmslos; nur in seltenen Fällen kommt es bei der Anwendung so starker Ströme, wie ich sie verwendet habe (1800-2000 V.) zu mechanischen Läsionen, Rupturen der Blutgefässe und Bildung von Extravasaten. Die Zerreissung ist also eine Ausnahme, das Fehlen nachweisbarer Veränderungen die Regel. Im Uebrigen muss ich aufmerksam machen, dass College Corrado nur mit schwachen Strömen gearbeitet hat.

Prof. **J. Kratter** (Graz):

Ueber Gonococcennachweis in alten Flecken.

In meinem Institute von Herrn Dr. C. Ipsen unternommene und weit über ein Jahr fortgesetzte Versuche zur Ermittlung der Zeit, wie lange an Flecken mit angetrockneten gonococcenhaltigen Secret die Gonococcen noch

sicher nachgewiesen werden können und wie lange sie virulent seien, haben Folgendes ergeben:

1. Der morphologische Nachweis der Gonococcen an alten Flecken ist nach Tagen, Wochen, Monaten und selbst nach Jahren noch völlig sicher zu erbringen, indem nicht nur die Form und Färbbarkeit erhalten bleibt, sondern auch die für die Diagnose ausschlaggebende intracellulare Einlagerung fortbesteht, nur der Kern der Eiterzellen erscheint kleiner (verschrumpft).

2. Bisher ist es nicht gelungen, aus solchem angetrockneten Secret Reinkulturen zu züchten; es scheint daher die Virulenz der Gonococcen ausserhalb des Organismus frühzeitig zu erlöschen; doch müssen, bevor ein endgültiges Urtheil möglich ist, hierüber noch weitere Versuche angestellt werden.

Discussione

Prof. **Hirschberg** (Posen): In einem Hospital zu Posen wurden vor zwei Jahren eine grosse Anzahl kleiner Mädchen im Alter von 6 bis 10 Jahren durch Soolbäder angesteckt. Dass es sich in der That um gonorrhoischen Ausfluss aus der Scheide handelte, ist durch bakteriologische Untersuchung und den Nachweis von Gonococcen festgestellt worden.

Es ist hierdurch festgestellt, dass durch den Gebrauch derselben Wannen Uebertragung einer Gonorrhoe möglich ist.

Dott. **L. Borri** (Firenze): Nei bagni gratuiti dello spedale di Santa Maria Nuova in Firenze circa 6 anni or sono si ebbe una infezione blenorragica epidemica su circa 50 fanciulle.

Dovette occuparsene anche l'autorità giudiziaria.

Prof. **C. Raimondi** (Siena): Domanda se i metodi di preparazione e di coltura dei gonococchi di macchie antiche siano gli stessi che per quelli di macchie recenti.

Kratter: Die Methoden des Nachweises von Gonococcen in alten Flecken sind dieselben, wie bei frischem Secret: mechanische Ablösung, geringe Quellung in H^2O, und Färbung mit Methylenblau.

Prof. **P. Pellacani** (Bologna):

Cranii di grassatori omicidi del Museo Anatomico di Bologna.

A chi abbia potuto spingere lo sguardo non del tutto profano nella ricchissima collezione craniologica del Museo Anatomico di Bologna, e sopratutto nella gelosamente custodita collezione dei cranii di criminali, non può sfuggire la importanza grande di quest'ultima. Si tratta di abbondanti materiali (sono più di cento cranii) di una omogeneità desiderabilissima nel senso antropologico, perchè quasi tutti cranii di individui della città, del circondario e provincia Bolognese, dei quali per di più è possibile una logica separazione a seconda della varietà del delitto, nè vi mancano casi di cui si conosce la storia, desiderato sommo della dottrina degenerativa per non confondere nell'evento sociale dei fatti biologicamente ben diversi e di diversa natura e significato. Noi abbiamo divisi questi materiali in tre categorie: quella dei grassatori ed omicidi a scopo di depre-

dazione, moltissimi dei quali giustiziati a Bologna dal 1825 al 1862. Sono questi 44 cranii che presentano il massimo interesse dal punto di vista dell'antropologia patologica.

Una seconda categoria è costituita dagli omicidi passionati e feritori; una terza dai ladri e truffatori. Di queste ultime due categorie fu incaricato dello studio il dottore Coraini, assistente di Medicina legale a Bologna.

Della prima serie riassumeremo qui le principali risultanze, e per quanto mi propongo la maggiore brevità non potrò esimermi dall'accennare a qualche osservazione singola che denoti la fisonomia tutta speciale dei nostri materiali di studio. È notevole poi e degno di rimarco il fatto, che prima ancora che la dottrina antropologico-criminale sorgesse sotto il moderno aspetto scientifico che vi ha saputo imprimere il grande maestro italiano, questi cranii pur dovettero richiamare l'attenzione dell'anatomico descrittore e del collezionista cui non poteva sfuggire la enormità e la singolarità di variazioni, quali, per es., che il peso di un cranio è ridotto in un caso a gr. 480 per essere portato in un altro a 1220, la capacità ridotta talvolta intorno a 1000 cc. la mandibola inferiore pesante 140 grammi; e così dicasi di quel prognatismo e di quella lunga serie di caratteri reversivi, patologici, o mostruosi, che non potevano a meno di impressionare profondamente anche il meno esperto osservatore. E quando poi l'osservatore porta il nome di un *Calori* si comprende perfettamente come anche prima che s'iniziasse il movimento scientifico moderno attorno alla teoria degenerativa, questi materiali offrivano un interesse particolare pel collezionista che pur collocandoli fra le varietà o le curiosità scientifiche preannunciava l'importanza biologica somma dei materiali stessi non appena fosse nato il metodo scientifico della loro ricerca.

Questi materiali furono in qualche parte argomento di una pubblicazione precedente del dott. Luigi Monti. Questo collega, alla cui gentilezza somma io debbo la possibilità di questi miei studii, non intese e non intende, con quella pubblicazione preliminare nella quale appena si riferirono i dati delle misurazioni più comuni, pregiudicare il risultato di questi studii più estesi e completi dal punto di vista morfologico.

Per quanto riassuntiva questa comunicazione, essa però riuscirà ad esuberanza a provare l'errore grave in cui cadde il *Lucchini* che, dilettandosi di critica antropologica, volle attribuire nel suo articolo *I semplicisti* un significato negativo a questi nostri materiali per la dottrina antropologica dell'uomo criminale.

Il metodo seguito in questo studio fu prevalentemente morfologico-descrittivo, non trascurando però le misurazioni metodiche di cui verrà dato conto nel lavoro completo, nè omettendo quella classificazione nelle variazioni delle forme esteriori del cranio che consente di riconoscere dai tipi differenti gli uni dagli altri i tipi costanti e trasmissibili come tali nelle razze umane, quindi per ciò importanti, che aprono adito a moltissime applicazioni per l'antropologia normale e patologica. Non possiamo non ricordare qui l'illustre prof. Sergi, autore del detto metodo, che ci fu largo di consiglio in questo notevole indirizzo e metodo suo di ricerca.

E tolgo subito di pena i miei uditori. Poichè intendiamo descrivere qui soltanto per sommi capi il Catalogo delle varietà dei cranii esaminati

scegliendone soltanto pochi per un cenno descrittivo e dando infine un riassunto delle anomalie morfologiche constatate.

Catalogo.

ELLIPSOIDES:

1. Ellipsoscaphoides $\frac{770}{1}$
2. Ellipsoides cycloides $\frac{776}{7}$
3. Id. depressus $\frac{819}{50}$ $\frac{823}{54}$
4. Id. stegoides $\frac{817}{48}$
5. Id. cristatus $\frac{815}{46}$
6. Id. cyrtocephalus $\frac{832}{68}$
7. Id. epiopisthius $\frac{829}{60}$
8. Id. complanatus $\frac{782}{13}$

OOIDES (OVOIDI):

1. Ooides stegoides $\frac{773}{4}$ $\frac{798}{29}$
2. Id. cycloides $\frac{780}{11}$ $\frac{794}{25}$
3. Id. parallelepipedoides lateralis $\frac{779}{10}$
4. Id. epiopisthius $\frac{816}{47}$
5. Id. strongyloides $\frac{812}{43}$
6. Id. cuneatus $\frac{808}{39}$
7. Id. isobathis $\frac{785}{16}$

SPHENOIDES:

1. Sphenoides stenometopus $\frac{810}{41}$ $\frac{790}{21}$
2. Id. emicycloides $\frac{811}{42}$
3. Id- epiopisthius $\frac{825}{56}$
4. Id. latus $\frac{813}{44}$ $\frac{778}{9}$
5. IS. rotundus $\frac{796}{27}$ $\frac{784}{15}$ $\frac{771}{2}$ $\frac{833}{64}$
6. Id. cuneatus $\frac{806}{37}$
7. Id. oblongus $\frac{777}{8}$
8. Id. rhomboidalis $\frac{783}{14}$

RHOMBOIDES $\frac{820}{51}$

PYRGOIDES $\frac{772}{3}$

PENTAGONOIDES:

1. oblongus $\frac{802}{33}$

Il fatto che prima si presenta all'attenzione dell'osservatore è che i 44 cranii di grassatori omicidi bolognesi appartengono in massima parte a 3 delle varietà del Sergi, cioè la varietà Ellipsoides, l'Ooides, la Sphenoides. Appena tre cranii spettano alla varietà Rhomboides, Pyrgoides, Pentagonoides. Vi ha poi un gruppo di 10 cranii tanto irregolari o per plagiocefalia o per asimmetrie gravi, che non si prestarono punto alla classificazione. L'irregolarità loro di conformazione ha già di per se stessa il suo significato per l'antropologia patologica.

Nella varietà Ellipsoides noto una sottovarietà Ellipsoscafoides nel cranio di certo Angelo Cavallaro, decapitato per grassazione con omicidio; cranio a piccola fronte sfuggente, grandi seni frontali, grandi arcate sopraciliari, saldatura precoce della sagittale, fessura sfeno-orbitaria, fossetta faringea, ecc.

Una sottovarietà degli Ellipsoides è la Cycloides in certo Musiani Cesare di Pianoro, presso Bologna, d'anni 27, grassatore ed omicida: cranio notevole per iperdolicocefalia, per profonda assimetria della faccia, fronte fortemente sfuggente, seni frontali prominenti, assimetria di alto grado alla base, piccolo rotondo foro occipitale, tubercoli basilari precondiloidei, sutura semplicissima in istato di avanzata saldatura, mandibola inferiore enorme del peso di grammi 120, fori sotto-orbitarii multipli, ecc. ecc.

Altre sottovarietà sono l'Ellipsoides depressus, la Stegoides, la Ellipsoides cristatus, il cui esemplare presenta d'importante le forme dei condili occipitali, n. $^{815}/_{46}$, l'ellipsoides cystocephalus, l'ellipsoides epiopisthius, l'ellipsoides complanatus.

I due cranii della sottovarietà Ellipsoides depressus meritano qualche menzione. Appartiene l'uno ad un uomo d'anni 50 che offre i caratteri di una precoce atrofia senile. Questo cranio insieme ad altre anomalie lascia vedere nell'angolo superiore del processo montante del mascellare superiore un solco abbastanza profondo che decorre obliquamente dalle ossa nasali verso il margine inferiore dell'orbita in corrispondenza dell'apertura del canale lagrimale. Penso che il seno rappresenti una sutura saldata ed il pezzo osseo delimitato un ossicino anomalo, n. $^{819}/_{50}$.

L'altro cranio di questa sottovarietà appartiene a certo De Giovanni, di Imola, il quale, oltre al più comune complesso di anomalie reversive e patologiche, presenta notevoli distopie del sistema dentario, così che i molari superiori di sinistra sono impiantati sul margine interno del bordo alveolare. Un canino superiore ha direzione dall'indietro all'innanzi, n. $^{823}/_{54}$. Importante anche la mandibola col margine inferiore convertito in cresta rivolta in alto.

L'Ellipsoides cystocephalus oltre a non poche anomalie delle ossa della base, fra le quali notevoli quelle dei condili che presentano una superficie (forse articolare) verticale ai lati del foro occipitale, inion ad uncino, robusta cresta iniaca, enormi ossi epipterici, ecc. ecc., presenta la singolare mostruosità consistente nella congenita mancanza dell'incisivo mediano e laterale e canino superiore a destra, ed al loro posto una cavità ossea nella quale dalla spina nasale si vede nascere un unico incisivo, n. $^{832}/_{63}$.

La varietà Ellipsoides complanatus è offerta da un cranio ricco d'anomalie reversive, compresa la fossetta occipitale di Lombroso.

E vengo alla seconda varietà, la Ooides.

Prima sottovarietà la Stegoides con due esemplari. L'uno è il cranio segnato col n. $^{773}/_{4}$ qui presente.

Seconda sottovarietà la Cycloides con due esemplari, il primo dei quali presenta una notevole osteosclerosi cronica, d'onde il peso enorme del cranio di gr. 1220, n. $^{794}/_{25}$, nonchè anomalie molteplici, quali vormiani lungo le suture, Clivus naso-alveolaris, ecc.

Altra sottovarietà la Strongiloides, cui appartiene il cranio di certo Giuseppe Fabbri, grassatore, decapitato a Bologna il 4 agosto 1856; giovane di 25 anni, con un complesso abbondantissimo di anomalie reversive e patologiche, compresa un'anomalia di forma del canino inferiore fatto a clava.

Altra sottovarietà la Parallelepipedoides, l'Epiopisthius, la Cuneatus, l'Isobathis, ciascuna con un cranio di cui per brevità omettiamo ogni cenno.

E così siamo alla terza varietà, Sphenoides.

Ricorderò di questa sottovarietà Emycicloides, perchè ha un cranio notevolissimo per atrofia patologica delle ossa ridotte a lamine, d'onde il peso di gr. 523 colla mandibola, cui mancano caratteri reversivi; fossetta occipitale di Lombroso. Ossa crototali, fessura sfenoorbitaria pitecoide in massimo grado, voluminosi seni frontali, ecc. ecc.

Nella sottovarietà Epiopisthius sono importanti morfologicamente i condili occipitali, n. $^{825}/_{56}$.

Gli Sphenoides latus hanno due esemplari. L'uno con notevoli ectopie dentarie, tanto che un canino nasce dalla volta palatina, n. $^{775}/_{6}$, e ciò insieme a moltissime altre anomalie reversive e patologiche. L'altro esemplare non è meno importante per la struttura delle ossa nasali piatte francamente pitecoidi, n. $^{813}/_{44}$.

Quattro sono gli esemplari di Sphenoides rotundus. Vi appartiene il cranio di certo Vanini, decapitato a Bologna nel 1857, che a 30 anni presentava carie diffusa di tutto il sistema dentario, bordi alveolari atrofici, sutura metopica, Vormiani epipterici, fessura sfenoorbitaria pitecoide, fossetta faringea ecc. ecc. Qui pure va collocato il cranio di Bubola Ferdinando, decapitato a Bologna per grassazione con omicidio, n. $^{771}/_{2}$. Capacità cranica 1270. Molti caratteri reversivi.

Ed agli Sphenoides rotundus appartiene il cranio segnato n. $^{771}/_{2}$ che fra le altre anomalie morfologiche presenta quelle interessantissime dei condili studiate nel mio laboratorio dal dottore Del Vecchio.

Unicò è l'esemplare di Sphenoides cuneatus, cranio pesantissimo (gr. 905) appartenente ad un giovane di 25 anni con prognatismo alveolare e dentario di alto grado, n. $^{806}/_{37}$, carie diffusa del sistema dentario, accavallamento dei denti, e molti caratteri reversivi e patologici insieme.

Appartiene agli Sphenoides Rhomboidalis il cranio n. $^{783}/_{14}$ di certo Luigi Zucchi, ucciso da una palla di revolver penetrata nel cranio nell'atto della grassazione. Ancor qui sutura metopica, vormiani epipterici, crototalo anteriore lungo mm. 30, forti apofisi giugulari, foro di Fosebach, fossetta faringea profonda, ecc.

Varietà rhomboides. — Un solo esemplare. È il cranio di Giovanni Amadei, grassatore omicida, decapitato. Pesa gr. 905. Diametro frontale minimo mill. 90, massimo 110. Mandibola inferiore pesa gr. 97, capacità orbitaria appena 24, fronte sfuggente al massimo grado. Forti seni frontali, plagiocefalia estesa alla faccia ed alla base. Vormioni innumerevoli lungo le suture, ed epipterici. Sinostosi al canto occipitale, n. $^{820}/_{31}$. Foro

di Fosebach completo. Fossetta faringea, fessura sfenoorbitaria piccola, lineare, a punta. Clivus alveolaris; fossetta occipitale di Lombroso.

Varietà Pyrgoides. — Un solo esemplare.

Cranio di grassatore con capacità 1280. Solito complesso di caratteri reversivi, patologici.

Varietà Pentagonoides. — Sottovarietà Pentagonoides oblongus.

Fra i cranii non classificabili per gravi irregolarità di forma merita speciale attenzione il n. $^{804}/_{5}$ del catalogo.

Pesa gr. 1070. La sola mandibola pesa gr. 125. Plagiocefalia grave alla volta, assimetria profonda alla base.

Gli enormi seni frontali, il prognatismo alveolare e dentario di alto grado, la larghezza dei zigomi (mm. 115), la robustezza singolare del sistema dentario danno a questo cranio un aspetto felino singolare. Non mancano le anomalie del Pterion, i vormiani epipterici, il torus occipitalis, la fossetta occipitale del Lombroso, una singolare anomalia dei condili.

Presento di questi cranii non classificabili alcune fotografie che rivelano speciali anomalie morfologiche.

Che se dal campo descrittivo passiamo rapidamente ad una esposizione sommaria delle anomalie morfologiche riscontrate nei 44 cranii dei grassatori bolognesi troviamo:

Anomalie a prevalente carattere reversivo.

Largo osso epactale	1
Ossa crototali	2
Margine inferiore della mandibola convertito in cresta rivolta all'esterno	3
Mandibola inferiore enorme	5
Cavità orbitaria estremamente piccola	5
Fossetta occipito-mediana 15 per cento	7
Fronte gravemente sfuggente 15 per cento	7
Microcefalia frontale di alto grado — Frontale minimo intorno a 90 mm. 27 per cento	12
Grandi seni frontali 50 per cento	22
Forti arcate sopraciliari	5
Traccie di cresta frontale	2
Sutura metopica	4
Prognatismo alveolare grave	5
Prognatismo dentario grave	7
Pterion a forma di K ed anomalia del pterion 48 per cento	21
Lamula lagrimale	8
Ossicino prelagrimale	3
Processo frontale del temporale	3
Fossetta prenasale	5
Clivus naso-alveolaris	7
Ossa nasali a carattere pitecoide evidente	1
Fessura orbitaria inferiore piccola senza clava a carattere pitecoide	26
Foro occipitale piccolo rotondo sito posteriormente	7
Traccia di tubercoli preoccipitali	3
Linee temporali pitecoidi	5

Caratteri di singolare robustezza della base, inion robusto e cresta iniaca	12
Ossificazione completa o quasi del legamento pterigo-spinoso	21
Forti apofisi giugulari	14
Apofisi paramastoidi	9
Fossetta faringea	5

Anomalie patologiche.

Plagiocefalia grave	22
Assimetria omonima della faccia	12
Assimetria omonima della base	9
Vormiani abbondanti lungo le suture	22
Vormiani epipterici	14
Osteosclerosi cronica	4
Atrofia della calotta cranica	1
Carie diffusa del sistema dentario in giovine età	3
Usure gravi del sistema dentario in giovine età	2
Caduta o mancanza precoce dei denti	4
Saldatura precoce delle suture	2
Traccie residuali di traumi del capo	4
Scafocefalia	3
Trigonocefalia	1
Stenocrotafia	1
Sinostosi occipito-atlantoidea	1

Atipie ed anomalie di carattere prevalente teratologico.

Avvallamenti estesi dei denti	8
Distopie nel sistema dentario sp. impianto di canini nella volta del palato	3
Anomalie formative dei denti sp. canini con punta a forma di clava	1
Incisivi laterali con carattere di canini	2
Molari naniformi	1
Mancanza degli incisivi e canino superiore con un incisivo mediano noto in una cavità ossea e con sede di impianto nella spina nasale	1
Esilità estrema del sistema dentario	1

Conclude raccomandando ai colleghi questi studii di antropologia patologica destinati a gettare tanta luce sui fenomeni della degenerazione nell'ambiente, fenomeni che formano il campo di quella medicina legale scientifica che fu e sarà sempre intesa quale medicina pubblica destinata a prestare immensi servigi nella evoluzione scientifica delle scienze sociali senza intemperanze eccessive, ma d'altra parte senza colpevoli esitanze.

Discussione

Dott. S. **De Sanctis** (Roma): Loda il Pellacani dell'importante studio, e più lo loda perchè nelle ricerche craniologiche seguì il metodo di Sergi. Osserva che molte considerazioni si potrebbero fare a proposito della comu-

nicazione Pellacani. Si limita a ricordare qual concetto si debba avere della *apofisi lemurica* di Albrecht, che il Pellacani avrebbe trovato, nella sua forma più accentuata, ben 15 volte su 44 cranii di malfattori. Aggiunge di ritenere il *diastema dentario* quale un segno regressivo e non come un fatto patologico, come ha detto il Pellacani.

Prof. S. **Ottolenghi** (Siena): Si dichiara lietissimo delle importanti osservazioni del professore Pellacani, che portano un preziosissimo contributo ad una delle branche più importanti della medicina legale, e dimostrano come e quanto più si studiano i cranii di criminali, tanto maggiore è il numero di anomalie che vi si riscontrano, tanto più evidente si fa la natura degenerativa congenita della delinquenza.

Prof. G. **Filomusi-Guelfi** (Pavia):

Alcune esperienze sugli effetti della ingestione di spugne.

Le notizie che si trovano nella letteratura sugli effetti della ingestione di spugne sono così scarse, che quasi si può dire che non esistono. Marx, nel 1827, secondo Schuchardt[1]), avrebbe classificate le spugne tra i *veleni meccanici* accanto al vetro pesto, a pietre preziose, gesso, aghi, peli, sangue, liquidi bollenti, metalli fusi, animali vivi, ecc. Claude Bernard[2]), considerando come tossiche solo le sostanze che spiegano la loro azione dopo l'assorbimento, riferisce a traumatismi l'azione del vetro pesto, ma non fa alcuna menzione delle spugne. Anche nei trattati di chirurgia (Jamain, Erichsen, Bardeleben, Nélaton, Pitha e Billroth, Follin e Duplay), a proposito di corpi estranei nel tubo digerente, non si parla delle spugne. Gli stessi trattati di veterinaria e i trattatelli delle malattie del cane, più o meno popolari, come corrono per le mani dei cacciatori, o più o meno scientifici, non fanno cenno della ingestione di spugne come causa di malattia e di morte nei cani. Solo Hertwig[3]), a proposito dei corpi estranei nell'esofago, cita le spugne tra quei corpi di consistenza molle (carne, cuoio) o rotondi e lisci, che non producono nell'esofago se non semplice compressione, mentre altri aguzzi (come ossa, aghi, spine), conficcandosi nelle membrane dell'esofago, producono lesioni più o meno profonde. Cosicchè, anche da quanto dice l'Hertwig, non pare che le spugne producano morte nei cani, e per penetrazione nello stomaco, ma solo producano fenomeni di compressione nel passaggio attraverso l'esofago.

Tuttavia esiste la credenza che i cani, i quali mangiano le spugne fritte, muoiano; e questa credènza è diffusa in Francia come presso di noi. A mia istanza, il mio egregio amico dottor Bevilacqua, di Lanciano (Abruzzi), e io stesso, a Pavia, abbiamo fatto una specie d'inchiesta tra persone delle più diverse classi sociali, per decidere quanto di vero ci fosse nella cre-

[1]) Schuchardt, Vergiftungen in: Maschka's Handb. der gerichtl. Med. II. Bd. Tübingen, 1882, S. 8.
[2]) Cl. Bernard, Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses. Paris, 1857, p. 56.
[3]) Dr. C. Hertwig, Die Krankheiten der Hunde. Berlin, 1880, S. 144.

denza popolare; e il risultato di questa inchiesta fu, che da tutti fu affermata come *certa* la morte dei cani per ingestione di spugne, ma da niuno fu affermato di averle somministrate, o di averle somministrate col voluto effetto.

Tutte queste ricerche non avrebbero avuto una spinta sufficiente, se, per un caso recente, la quistione non fosse entrata nel dominio della medicina legale. Il dottor Cazeneuve[1]), in un bambino di cinque mesi di vita extrauterina, disumato sette mesi dopo della morte, trova il cadavere, ridotto a scheletro, ricoverto di una massa molle e putrida, nella quale non era possibile riconoscere alcun organo. Dalle materie putride, rappresentanti gli organi toracici e addominali, si riescono a isolare otto corpicciuoli uniformi della grandezza di un fagiuolo, che potettero essere identificati per pezzi di spugne. L'esame chimico esclude alcuni veleni minerali, ma non si ricercano il fosforo e gli alcaloidi vegetali. Partendo dalla credenza (che il Cazeneuve accetta e non discute) della possibilità di ammazzare i cani e i gatti con le spugne fritte, la morte del bambino viene attribuita alla ingestione di spugne, che, rigonfiandosi e resistendo all'azione dei succhi digestivi (come alla putrefazione), avrebbero prodotta la morte per occlusione intestinale.

La mancanza della sintomatologia, la mancanza di dati anatomopatologici, la piccolezza e lo scarso numero dei pezzetti di spugna rinvenuti, la contestabile esistenza di essi proprio nello stomaco o nell'intestino, la mancanza di conoscenze scientifiche sugli effetti della ingestione di spugne e la credenza popolare come unico fondamento del giudizio, erano altrettanti dubbii che l'esame del caso faceva sorgere. D'altra parte, il fatto che le conclusioni del Cazeneuve erano state adottate nella istruttoria del processo; che il caso, riassunto da tutti i giornali di medicina legale e da molti di medicina in genere, era stato giudicato unico piuttosto che raro, non poteva non decidere a tentare alcune esperienze in proposito; ed è questo appunto quello che io ho fatto, e che ora riassumo brevemente.

Io ho cominciato dal somministrare ai cani pezzi di spugna cruda, appena unti di olio e di grandezza crescente fino a due centimetri quadrati. Ho osservato i seguenti fatti:

I pezzi più piccoli di 2 cq. si deglutiscono senza difficoltà; i pezzi della grandezza di 2 cq. si deglutiscono pure, ma con una certa difficoltà. Nè subito dopo la ingestione, nè più tardi si manifestano particolari sofferenze nel cane; la spugna ricompare nelle evacuazioni d'ordinario al terzo giorno. Agitando nell'acqua i pezzi di spugna evacuati per liberarli dalle materie fecali, si vede spesso che i pezzi di spugna si frammentano in pezzi più piccoli; e, saggiando la loro resistenza alla trazione, si nota che questa resistenza è diminuita; una maggiore lacerabilità offrono i singoli pezzi di spugna, maggiore lacerabilità che si può constatare anche sui pezzi disseccati. Cosicchè bisogna conchiudere che le spugne non sono così refrattarie all'azione dei succhi digerenti, come pare ritenga il Cazeneuve, ma che, se anche non sogliono essere sciolte, *sono però profondamente alterate*, per cui *divengono più lacerabili e più agevolmente frammentabili*. Che

[1]) P. Cazeneuve, Sur un cas de meurtre d'enfant par ingestion de fragments d'éponge de toilette: Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég. 1893, tome XXIX, p. 62.

queste alterazioni dei pezzi di spugna evacuati dipendessero esclusivamente dai succhi digerenti, risulta innanzi tutto dal fatto, che, in queste prime esperienze, le spugne erano somministrate crude, senza alcuna precedente preparazione e diversamente da quanto ho fatto poi nelle esperienze seguenti; e risulta pure da ciò, che tali alterazioni furono riscontrate anche con le prime somministrazioni di pezzi piccoli, i quali erano deglutiti con grande rapidità, senza precedente masticazione. Si capisce poi che queste alterazioni potranno essere tanto più avanzate, per quanto maggiore sia il tempo che interceda tra la ingestione e la evacuazione delle spugne, ossia per quanto più prolungata sia l'azione dei succhi digerenti.

Visto che già i pezzi di spugna di 2 cq. venivano deglutiti con difficoltà, non ho creduto di sperimentare pezzi di spugna di volume anche maggiore; e però l'aumento della dose ha avuto luogo in seguito, non con l'aumento del volume dei singoli pezzi, ma con l'aumento del numero degli stessi. Se non che, mi sono avveduto che la spugna cruda, appena unta di olio, non solleticava abbastanza la ghiottoneria del cane; che esso, se alcuni pezzi ingoia, la maggior parte rifiuta, e ciò anche quando sia già molto affamato.

Non era dunque il caso di insistere con queste somministrazioni di spugna cruda, e perciò sono ricorso alla frittura, come mezzo di preparazione della spugna, che è appunto la maniera di somministrazione indicata dalla credenza popolare.

La frittura in olio determina nelle spugne rilevanti cambiamenti nella consistenza, nel peso e nel volume. La spugna perde la sua mollezza ed elasticità, e diventa un corpo duro e resistente. Di più, una spugna ordinaria da toeletta, che allo stato di spugna cruda pesa sei grammi, raggiunge, dopo la frittura, un peso di 22 grammi. Mentre la spugna cresce così di peso, diminuisce considerevolmente di volume. Una spugna da toeletta, lunga 8 cm. e larga 5, misura, dopo la frittura, cinque centimetri e mezzo in lunghezza e tre e mezzo in larghezza, cosicchè diminuisce in volume circa di un terzo. Data questa diminuzione di volume, si poteva pensare che la spugna fritta, liberandosi dell'olio nello stomaco e gonfiandosi per effetto del succo gastrico, dilatasse lo stomaco; e non potendo più essere vomitata, nè potendo passare nel duodeno, riuscisse già per questo, e prima di passare nell'intestino, ad essere causa di morte. Ma queste vedute *a priori* non sono punto confermate dai fatti sperimentali.

Non è punto necessario che io enumeri tutte le esperienze fatte in proposito. Dirò soltanto che la più alta dose di spugne che io sono riuscito a far prendere ai cani spontaneamente, è stata di 91 grammi di spugna fritta, ossia grammi 25 di spugna cruda, dunque circa quattro o cinque spugne da toletta. Anche somministrata in grossi pezzi, poichè la spugna veniva masticata, era deglutita in pezzi assai più piccoli; e anche qui nessun disturbo conseguiva, e verso il terzo giorno cominciava la evacuazione delle spugne, che continuava nei giorni seguenti fino a completa eliminazione. Mi sono allora convinto che, lasciando alla descrizione dell'animale la ingestione delle spugne, non fosse possibile ottenere tale introduzione da persuadermi in qualche modo della innocuità o meno delle stesse; e ciò sia perchè l'animale, raggiunto il senso della replezione dello stomaco, non si presta a prendere altra spugna, sia perchè, masticandola, la introduce

in così piccoli frammenti, che questi attraversano facilmente il tubo digerente, e vengono eliminati per l'ano. Ho creduto allora di associare alla spontanea introduzione delle spugne anche una introduzione violenta.

Ho preparata infatti una quantità di spugna, che dopo la frittura pesava 215 grammi (cioè grammi 58.63 di spugna cruda). L'ho lasciata tutta a descrizione dell'animale, già prima affamato, e ne ha mangiata spontaneamente una buona dose; un'altra quantità l'ho data per forza nel seguente modo:

Ho posto tra le mascelle un anello di acciaio di forma ellittica allungata e, attraverso di questo, pezzi grandi e piccoli di spugna, con una pinza o con le dita li ho spinti giù nel faringe. Qualcuno troppo grosso è stato deglutito con difficoltà, il cane ha mostrato anche accessi di soffocazione. Ho dato allora un po' di tregua all'animale, e poi ho continuato a introdurre nuovi pezzi di spugna, desistendo quando il cane ha cominciato ad avere forti conati al vomito, spasmo del faringe e dell'esofago; cosicchè è stata proprio impossibile una ulteriore somministrazione. Ripesata allora la spugna residuale, ho visto che avevo somministrati 165 grammi di spugna fritta, ossia 45 grammi di spugna cruda (una quantità che può equivalere ad otto o nove spugne da toeletta).

Anche dopo queste altissime dosi, il cane non ha manifestato, subito dopo, speciali sofferenze; ha rifiutato il cibo, come era naturale, ma niente altro si è potuto notare. Alla sera ha avuto vomito, col quale ha eliminato gran parte delle spugne, che (e questo mi pare importante) avevano riacquistato lo stato di mollezza, di elasticità e di porosità proprii delle spugne crude. Alla notte, un'altra volta vomito, con eliminazione di spugne con i medesimi caratteri; e poi, nei giorni appresso, evacuazioni di spugne fino a completa scomparsa.

A questo punto delle mie esperienze, ulteriori tentativi mi sono sembrati superflui; e le esperienze già istituite mi sono parse sufficienti a constatare i fatti e a fornirmene anche una adeguata spiegazione.

Richiamo innanzi tutto l'attenzione su ciò, che le spugne, contrariamente alla opinione volgare, possono essere vomitate, e che le spugne vomitate non hanno più i caratteri fisici delle spugne fritte, ma hanno riacquistati i caratteri di mollezza ed elasticità proprii delle spugne crude. Aggiungo a questa un'altra osservazione, ed è, che se la spugna cruda si assoggetta ad una compressione (per esempio, stringendola da per ogni dove con uno spago sottile), si può ottenere una riduzione di volume di due terzi. Dunque, mentre per la frittura la spugna può essere ridotta nel volume di un terzo, con la compressione può la spugna cruda subire una riduzione di due terzi. Se la spugna nello stomaco riacquista i caratteri della spugna cruda, guadagna la capacità di subire questa maggiore riduzione di volume sotto l'azione della peristalsi o dell'antiperistalsi. Questa capacità a maggiore riduzione di volume deve essere una condizione che favorisca la sua eliminazione per vomito o il suo passaggio attraverso il piloro. Ma forse può esservene anche un'altra.

Noi abbiamo notato una maggiore lacerabilità nelle spugne evacuate; non è inverosimile che questa maggiore lacerabilità si determini già nello stomaco, massime quando le spugne si siano più lungamente trattenute, e che sotto la spinta della forza peristaltica qualche pezzo più grosso, nel

passaggio attraverso un foro piuttosto stretto come il piloro, parzialmente si laceri.

Comunque, se modificazioni si notano nelle spugne ingerite, queste accennano a condizioni che, lungi dall'impedire la eliminazione per vomito o il passaggio nel duodeno, favoriscono invece l'una e l'altro. Che se poi immaginiamo superato (come di fatti certamente si sapeva) questo ostacolo che è il piloro, e immaginiamo le spugne già arrivate nel duodeno, non si sa più comprendere in che modo le spugne, nell'ulteriore percorso attraverso il rimanente tratto digerente, possano determinare la morte; perchè effettivamente in esse non si trovano affatto quelle condizioni che rendono dannosi i corpi estranei nel tubo digerente. La possibilità dell'occlusione intestinale tanto temuta, senza l'ammissione di un forte torpore intestinale preesistente o di grande diminuzione nelle secrezioni intestinali, è da escludere; perchè, data la peristalsi normale e la normale quantità di secrezioni nell'intestino, le spugne, corpi elastici e molto compressibili, devono subire tale riduzione di volume, che, lubrificate da muco, riescano ad attraversare l'intestino tanto più facilmente per quanto più felicemente hanno superato il piloro, che è il punto più ristretto del canale alimentare. Io, infatti, non sono riuscito a produrre occlusione intestinale anche con la somministrazione di 8 o 9 spugne da toeletta, che costituiscono certo una dose enorme. Ciò vuol dire che, date le condizioni fisiologiche della digestione intestinale, e sopratutto la normale attività peristaltica, una occlusione intestinale per spugne è impossibile. Si potrebbe pensare a un processo d'incrostazione, ove la spugna potesse essere punto di partenza per la formazione di un calcolo fecale. Ma anche qui dovrebbero concorrere quelle condizioni che determinano la formazione di calcoli fecali, e la spugna sarebbe tanto dannosa quanto un nocciolo di prugna o di ciliegia, e costituirebbe un genere di morte a lunga scadenza, dovuta sopratutto all'elemento fortuito, e non sarebbe più un mezzo facile per sbrigarsi dei cani o dei gatti molesti, o per consumare un omicidio. Facilmente poi si possono escludere dalle spugne altre maniere di agire dei corpi estranei nel tubo digerente. Così non potrebbero le spugne determinare la morte per traumatismi interni, perchè non sono corpi aguzzi, come aghi, pezzi ossei, coltelli, forchette, ecc., nè corpi lunghi e inflessibili, come cucchiai, o coltelli, che così spesso si arrestano nel punto di ripiegamento del duodeno; e non potrebbero determinare la morte per tossicità propria, che dai fatti sperimentali e da qualunque punto di vista *a priori*, è esclusa in modo assoluto.

Tuttavia la tossicità potrebbero le spugne acquistarla. A parte il caso che la spugna fosse veicolo designato di veleni, essa potrebbe esserne soltanto veicolo accidentale. Se per caso avesse luogo l'ingestione di una di quelle spugne destinate a usi di nettezza, in cui la spugna può essere impregnata di sostanze organiche in putrefazione, la spugna potrebbe essere veicolo di una quantità di prodotti ptomainici capaci di determinare effetti morbosi e la morte. Ma anche qui non sarebbe la spugna per sè stessa la causa della morte, ma l'intossicazione da ptomaine, che nella spugna avrebbe trovata la maniera di prodursi.

In un modo solo la spugna di per sè potrebbe determinare la morte, e ciò per asfissia; quando, per esempio, pezzi di spugna piuttosto piccoli fossero aspirati nel laringe e nella trachea, o quando, introdotto a viva

forza nelle fauci tale un pezzo di spugna che non potesse discendere nell'esofago, si arrestasse nel faringe e quivi producesse occlusione delle vie respiratorie. E di quest'ultima possibilità si trova qualche esempio nella letteratura. Bardeleben cita infatti un caso di Bard, il quale in un pazzo trovò come causa di morte per asfissia una spugna conficcata nella porzione superiore del faringe[1]).

La conclusione è che le spugne, somministrate ai cani per ingestione, in quantità piccole o grandi, in pezzi piccoli o voluminosi, ma sempre capaci di attraversare l'esofago, sono per loro stesse innocue. E però, se anche il reperto dimostri spugne nel tubo alimentare, non si può mai ad esse sole attribuire la morte, e bisogna cercare altri fattori di malattie, e vedere se con questi abbiano pure le spugne qualche più o meno lontano rapporto.

Da quest'altro punto di vista sorgeva la quistione: se mai la spugna, servendo da veicolo di veleni, potesse favorirne l'azione. Già dalle esperienze citate era da prevedere che le spugne, anche adoperate come veicoli di veleni, non potessero notevolmente aggravarne gli effetti. Infatti, in un modo specialmente la spugna avrebbe potuto aggravare l'effetto dei veleni, impedendo cioè il vomito, che è una così provvidenziale via di eliminazione di molti veleni. Ora siccome dalle esperienze citate risultava che le spugne, le quali possono essere deglutite, possono egualmente essere vomitate, così doveva pure argomentarsi che, data l'azione di un veleno emetico, le spugne non avrebbero opposto all'atto del vomito tale ostacolo da impedirne la manifestazione e aggravarne così sensibilmente gli effetti tossici.

Questa previsione parmi confermata dall'esperimento seguente:

A me risultava che la dose di un grammo di solfato di rame data ai cani in soluzione suole determinare il vomito prontamente dopo cinque, dieci, quindici minuti[2]). Ho sciolto un grammo di solfato di rame in tanta acqua quanta bastasse a impregnare una spugna da toeletta del peso di cinque grammi. Quindi, lasciata disseccare la spugna così impregnata della soluzione di rame e sottopostala poi alla solita frittura, l'ho somministrata al cane, il quale, appena addentatala, l'ha subito rifiutata, cosicchè ho dovuto somministrarla per forza. Il cane ha vomitato dopo un'ora; col vomito ha cacciato poca schiuma verdastra e tutta la spugna somministratagli, anche essa verdastra, e già in gran parte ridivenuta molle ed elastica; ma il cane è stato subito perfettamente bene. È dunque evidente che la spugna non impedisce il vomito, ma soltanto ne ritarda la comparsa. Se questo ritardo nella comparsa del vomito debba interpretarsi in un modo, è piuttosto nel senso che affievolisca l'azione tossica anzichè l'accresca; perchè vuol dire difficoltà e lentezza a liberare il rame dalla spugna, per permettergli di esercitare la sua azione locale e generale.

Questa esperienza dunque non accredita l'idea che la spugna possa favorire l'azione dei veleni, mentre dimostra che, data pure la ingestione di spugne, un emetico potrebbe sempre essere indicato a liberare subito lo stomaco dal corpo estraneo ed impedire eventuali sofferenze nell'ulteriore cammino dello stesso attraverso l'intestino.

[1]) Bardeleben, Istituzioni di patologia chirurgica. Trad. ital. Napoli, 1879, vol. III, p. 327.
[2]) Filomusi-Guelfi, Sull'avvelenamento per rame. Giorn. intern. delle Scienze mediche, An. VII, 1885.

Prof. **C. Raimondi** (Siena):

Sulla pretesa azione letale delle spugne marine (« Spongia usitatissima » di Lamarck) a frammenti, ingerite per bocca o ad arte somministrate ad animali — Osservazioni e note a proposito della morte d'un bambino, attribuita alla somministrazione d'una zuppa di latte contenente dei pezzetti di spugna.

Dagli esperimenti molteplici e sotto varie condizioni ripetuti su conigli, su gattini e su cani cuccioli ed adulti risulta provato che le spugne marine di comune uso, sia della qualità migliore (spugne di Siria e dell'Arcipelago Greco) come quelle dell'infima specie (spugna bruna di Barberia e spugne equine), somministrate crude o cotte a pezzetti in pappe di latte od in altra mistura d'uso alimentare od anche fritte nell'olio, come pure date ai conigli tanto crude che cotte o fritte e ridotte a fruscoli commisti al mangiare, vengono dopo un tempo vario da uno a tre giorni espulse naturalmente colle feci, senza apparente disturbo per parte degli animali dei quali nessuno ebbe a morire per tale somministrazione.

A seconda che si trattava di animali carnivori od erbivori come per la qualità più o meno fina delle spugne e del tempo che rimasero nelle intestina, si trovarono nei boli fecali i frammenti di spugna inalterati od ancora ben riconoscibili (carnivori) od invece modificati alquanto per *comminutio* del tessuto fibroide più che per influenza chimica dei succhi gastroenterici.

Egli è un volgare pregiudizio quindi, che fu anche sostenuto senza controllo da taluni uomini di scienza, quella opinione che in Italia ed anche in Francia pare sia abbastanza diffusa riguardo la nocevole azione delle spugne marine propinate a frammenti per bocca ad animali, che verrebbero, così dicesi, a morire per ostruzione intestinale prodotta dalle spugne rigonfiatesi con i succhi del tubo gastroenterico.

Credo destituito di serio fondamento l'asserito uso di dette spugne cotte o fritte per uccidere i gatti e cani vaganti. Ammesso pure che tale usanza vi fosse in alcuni paesi, come lo afferma il Cazeneuve[1]), non è dimostrato però che l'effetto abbia nel caso veramente corrisposto al proponimento: e le recenti mie prove sugli animali infirmerebbero la efficacia di tale espediente: Uccidendo un gatto dopo 8 ore dalla somministrazione di alcuni pezzetti di spugna fritti, aprendo l'intestino io li ritrovai insieme alle materie digeste, ma non erano rigonfiati nè ostruivano il lume del tubo digerente.

A proposito poi del caso d'omicidio d'un bambino di 5 mesi riferito ed illustrato dal professore Cazeneuve, attribuito alla somministrazione fatta a scopo criminoso di una zuppa di latte contenente varii pezzi di spugna[2]), è da notarsi che i dati della perizia chimica non sono confortati dal corrispondente protocollo della necroscopia, cosicchè viene assai menomata l'importanza di detto caso, che non trova riscontro in altri fatti simili. Dalla inchiesta giudiziaria troppo tardivamente incoata sarebbe risultato che all'in-

[1]) Annales d'Hygiène publique et de Méd. légale, S. III, T. 29, p. 64.
[2]) Vedi C. R. della Société de Médecine légale de France, Séance 14 novembre 1892 — Annales d'Hygiène etc., T. 29 della S. III, p. 60.

fante sarebbe stata somministrata una zuppa di latte, e fu visto l'individuo imputato mettere più volte il suo dito nella bocca dell'infante per agevolare l'ingoiamento della pappa. Si sa inoltre che il bambino prima sanissimo presentò dopo quattro o cinque ore dall'ingestione della zuppa sospetta accessi convulsivi e morì sedici ore dopo. L'esumazione per ordine giudiziario venne fatta sette mesi dopo la morte, e dice il Cazeneuve che il medico necroscopo avendo trovato il cadaverino ridotto allo stato di scheletro con putridaggine delle parti molli si limitò a raccogliere la sostanza cerebrale rammollita in un vaso, ponendo le materie molli della cavità toracica e addominale in un altro. Il professore Cazeneuve esaminando le materie affidategli per l'analisi chimica trovò 8 pezzetti di spugna fina da *toilette*, grossi come fagiuoli: tutti questi, comecchè provenienti dagli organi toraco-addominali, misero in grave sospetto il sagace perito, che ben si appose nel giudicare la provenienza di detti corpi estranei, attribuendola alla fraudolenta somministrazione di una zuppa. Non omise peraltro di istituire delle prove chimiche, le quali esclusero la presenza dell'arsenico, piombo, rame, mercurio: non si ricercarono il fosforo negli alcaloidi forse per la già troppo inoltrata putrefazione.

L'ipotesi di una ostruzione del tubo digestivo per effetto dei pezzi di spugna indicata nelle conclusioni della perizia fu accolta dalla giuria alle Assise d'Annecy e l'imputato, per quanto non confesso, venne condannato.

A seguito dei risultati negativi delle mie esperienze è lecito domandarsi, se nel caso del Cazeneuve od in altro simile non si debba attribuire la morte invece che all'ostruzione intestinale, ad una asfissia per passaggio accidentale o doloso di un qualche pezzetto di spugna (sia pure somministrata nella zuppa di latte) dalla retrobocca nella laringe e trachea[1]), con che si spiegherebbe la prontezza a manifestarsi le convulsioni e la morte, mentre che ammettendo l'occlusione intestinale non può la cosa procedere se non a rilento, come nei pochi casi noti e registrati negli Annali della Scienza di ostruzioni intestinali in bambini per ammassi di ascaridi o per nocciuoli di frutta o di semi o di scorze, ovvero anche, come si verifica in adulti, per corpi estranei trangugiati, e, per esempio, pietruzze, monete, ammassi di fili, lana, capelli, ecc.[2])

Ad ogni modo anche accettando come più probabile questa ipotesi in confronto di quella messa avanti dal Cazeneuve, ed anche malgrado i risultati delle mie esperienze, non mi credo autorizzato però a negare la possibilità che un infante o bambino possa morire per effetto di frammenti di spugna ingoiati col cibo e raccoltisi in qualche punto dell'intestino. In caso simile sarebbe necessario procedere cauti nella perizia avanti di formulare un giudizio, dovendosi potere escludere con certezza che i morsuli di spugna non sieno stati veicolo a sostanze tossiche ed aversi poi nello stato del tubo intestinale i caratteri di alterazione anatomico-vitale deponenti in via di probabilità o di certezza per la diagnosi di ostruzione intestinale.

[1]) Lo stesso Cazeneuve accenna che in Inghilterra si ebbero casi di infanticidio usando dei pezzetti di spugna legati ad un filo per introdurli in gola ai neonati, e così soffocarli, ritirando poscia la spugna in guisa da non lasciare traccia del mezzo usato per produrre l'asfissia.

[2]) Vedi Ziemssen, vol. VII, p. 2; Schmidtz, Jahrb. Bd. 135, p. 75; *Riforma Medica*, 1892, n. 298; Rest, Brit. med. Journ. 1869.

Marshall, Med. chir. Trans. XXXV; Zoja, Hirsch's Jahresb., 1867-68.

Discussione

Prof. **Cugini** (Parma): Importantissime sono veramente le comunicazioni dei professori Filomusi e Raimondi, giacchè esse distruggendo un pregiudizio che corre, per quanto io mi so, in tutte o presso che tutte le nostre città italiane, ossia che colle spugne fritte si possa ottenere la morte di alcuni animali, e specialmente dei cani, hanno procurato un grande vantaggio alla medicina legale, che in certi casi potrebbe essere traviata nel giudicare la causa della morte. Però mentre mi associo alle giuste osservazioni critiche mosse dai miei due colleghi, e specialmente dal professore Raimondi, ad un giudizio proferito dal valente chimico francese Cazeneuve a proposito della causa di morte di un bambino, osservo che negli infanti e nei bambini avviene non di raro che la morte sia determinata da ingestione soverchia o inopportuna di materie alimentari: ora tanto più questo esito mortale è probabile si produca quando sia stata introdotta nel ventricolo una sostanza non alibile, come appunto la spugna. Ond'è che quando l'autopsia di un bambino constati la presenza nel tubo alimentare di un pezzo di spugna, la sintomatologia di cui si accompagnò la malattia e la morte del bambino sia quella appunto, che ordinariamente si osserva per indigestione, e ogni altra causa di morte possa escludersi, credo che in queste occasioni il medico perito sia autorizzato a considerare quella spugna come la cagione dell'avvenuta morte.

Raimondi: Alle osservazioni del professore Cugini risponde:

Che appunto nella Nota letta è detto che trattandosi d'infanti o bambini, malgrado le esperienze sugli animali, non si può negare la possibilità di una morte per ostruzione intestinale, ma ci vuole a dimostrarlo nel caso il quadro anatomo-patologico proprio dell'ostruzione con alterazioni anatomo-vitali del tubo enterico.

Richiama inoltre l'attenzione sulla possibilità che i frammenti di spugna sieno veicolo a veleni, ma più ancora sul passaggio di qualche frammento di spugna nella laringe e trachea, d'onde la morte per asfissia.

Dott. S. **Roncoroni** (Torino):

Modificazioni del modo di cristallizzare di una soluzione, dovute a traccie di alcune sostanze organiche ed inorganiche.

Dopo i primi tentativi, abbandonai presto le soluzioni di sostanze inorganiche, come quelle la cui cristallizzazione non si modifica al contatto di traccie di altri corpi. Tra le sostanze organiche, i colori d'anilina sono finora quelli che mi sembra corrispondano meglio allo scopo; soprattutto l'orange G, la fucsina acida e il verde di metil brillante: ma credo che si potranno trovare altre sostanze che in modo analogo a quello che io descrivo qui possano servire a far riconoscere la presenza di corpi diversi da quelli che agiscono sulla soluzione che io presento.

Si prepara una soluzione all'1 p. 20, in acqua distillata di orange G, ed una soluzione di acqua distillata pure all'1 p. 20 di fucsina acida. Per

ricerche di complemento si preparano pure: una soluzione di acqua distillata all'1 p. 40 di verde di metil brillante, una soluzione di soda, diluendo una parte di soluzione decinormale di sodio con tre parti di acqua distillata e una soluzione di acido acetico, diluendo una parte di acido acetico glaciale con nove di acqua distillata.

Ciascuna delle soluzioni di orange G, di fucsina acida e di verde di metil brillante si lascia sciogliere bene[1]) agitando ogni tanto, poi viene filtrata separatamente.

Al momento di fare l'esperienza si mescolano 2 parti della soluzione di orange (8 goccie) con una parte della soluzione di fucsina acida (4 goccie); si agita con una bacchetta di vetro la miscela e la soluzione è pronta per la razione. La soluzione così preparata ha un bel colore rosso mattone vivo; allo spettroscopio, in una soluzione citrigna assai pallida (1 p. 800), tutta la parte bleu-violacea dello spettro al di là della linea F viene assorbita, e nel mezzo del color verde si nota una linea d'assorbimento assai intensa; all'esame microspettroscopico si hanno gli stessi risultati quando la soluzione del liquido sia all'1 p. 40. L'orange G e la fucsina acida, presi separatamente, possono già formare delle soluzioni la cui cristallizzazione si modifica leggermente a contatto di alcune sostanze, ma i migliori risultati si ottengono soltanto colla miscela che qui presento, alla quale giunsi soltanto dopo infiniti tentativi.

Le avvertenze che qui faccio seguire sono di importanza decisiva per la riuscita dell'esperienza: chi non osservasse le seguenti condizioni non potrà ottenere nulla che sia confrontabile con quello che espongo in questo mio lavoro.

1. Le sostanze devono essere della stessa marca e della stessa fabbrica di quelle che adopero io[2]), perchè le reazioni che avvengono nel liquido a contatto dei corpi che si vogliono analizzare sono di natura chimica, così che basta una lieve differenza anche solo nella disposizione atomica delle molecole, perchè un gran numero di reazioni rimangano modificate. Le sostanze di altre fabbriche (Schuchardt, Grübler, Trommsdorff, ecc.), che devo ringraziare per la premura con cui mi spedirono in prova i loro prodotti, dànno risultati simili ma non identici.

Per riconoscere se le sostanze sono adatte a questo genere di ricerche si badi a quanto segue:

L'orange G deve sciogliersi abbastanza prontamente nelle proporzioni dell'1 p. 20; deve essere quasi trasparente, senza odore di lisciva; filtrato diventa completamente limpido; nella soluzione all'1 p. 20 cristallizza quando è puro e non viene a contatto con sostanze estranee, formando cristalli opachi, di un giallo pallido, che si ramificano grossolanamente quasi sempre da un lato solo, e che, ridotti alla più semplice espressione, sono

[1]) È bene preparare le soluzioni in un vaso non a forma di calice, perchè la sostanza precipitando nella parte ristretta, vi si scioglie solo lentamente e con difficoltà.

[2]) Esse sono della fabbrica Meister Lucius e Brüning. La casa Zambelli le fornisce assai atte allo scopo anche nelle soluzioni già preparate, purchè si avverta che devono servire per queste ricerche e si domandino le seguenti marche da me apposte alle sostanze:

Verde di metil brillante	Marca	1	VIII.
Orange G	„	2	III.
Fucsina acida . . .	„	3	IV.

Ringrazio il signor Marchetti, chimico della casa Zambelli, dell'aiuto prestatomi nell'analisi di queste sostanze.

costituiti da cristalli del tipo a base di parallelogrammo obliquangolo; macroscopicamente l'area di cristallizzazione ha un aspetto brillante.

La fucsina acida deve sciogliersi totalmente in proporzione dell'1 p. 20.

Il verde di metile brillante non deve avere la marca. doppio zero, non deve essere cristallino; in polvere deve avere un colore non verde deciso, ma un po' giallastro.

2. Le sostanze siano conservate in erbarelle con vetro scuro, a tappo smerigliato; specialmente l'orange G si altera colla massima facilità quando non sia tenuto al riparo dalla luce, dall'aria e dall'umidità [1]); forse è alla facile alterabilità dell'orange che sono dovute le modificazioni della cristallizzazione al contatto di traccie di alcuni corpi. Le soluzioni filtrate si tengano in boccette contagoccie, con vetro scuro, a tappo smerigliato.

3. Tutti i recipienti e gli oggetti che vengono a contatto col liquido mentre lo si sta preparando e dopo la sua preparazione devono essere lavati prima con acqua fortemente acidulata con acido acetico, poi con acqua, con alcool ed etere, senza mai toccare colle dita le superfici che verranno a contatto colla soluzione; i vetri porta-oggetti e le bacchette di vetro colle quali si fa l'esperienza devono subire la medesima operazione; devono essere lasciati ad asciugare completamente all'aria per evaporazione [2]).

Non ho trovato utile finora l'aggiunta di nessun'altra sostanza a quelle precedentemente notate. L'aggiunta di una piccola quantità di alcool non disturba però sensibilmente la reazione. Originariamente mescolavo le soluzioni subito dopo la loro preparazione, e tenevo così pronto il liquido reattivo già fatto; ma, quantunque questo liquido non si guastasse col tempo, tuttavia trovo che è meglio mescolare le soluzioni al momento, per ovviare ad ogni causa di errore proveniente dalle modificazioni che l'azione reciproca delle sostanze poteva apportare alla soluzione.

Il modo di procedere per fare un'esperienza è il seguente: Si prepara, come si è detto, in un vetro d'orologio la miscela di 6 goccie di soluzione di orange G e di 3 goccie di soluzione di fucsina acida. Sono necessarie almeno 9 goccie di soluzione reattiva, altrimenti la sostanza da esaminarsi che si aggiunge, per quanto in piccola quantità, potrebbe essere ancora troppo abbondante, in modo da guastare la reazione. Si agita con una bacchetta di vetro la miscela, e con quella se ne toglie una goccia e la si mette su un vetro porta-oggetti; la si lascia scorrere da sè, tenendo il vetro un po' inclinato, in modo che si formi uno strato sottile ed eguale di liquido. Se si vuole però conservare il preparato è meglio dare all'area di cristallizzazione una forma non oblunga, ma circolare, per poter sovrapporvi il vetrino copri-oggetti.

L'ingrandimento al quale conviene meglio osservare il preparato è dai 75 ai 300 di diametro; se si devono determinare le modificazioni della cristallizzazione già avvenuta, dovuta all'alcool, etere, ecc., si adoperino obbietti

[1]) L'orange alterato si riconosce pel fatto che la soluzione all'1 p. 20 è assai torbida, e rimane torbida anche dopo la filtrazione; forma un abbondante precipitato; ha un odore di liscivia; l'area di cristallizzazione ha macroscopicamente un aspetto opaco. In queste condizioni serve assai meno allo scopo.

[2]) Mi si perdoni se insisto su queste avvertenze che possono sembrare inutili; esse sono invece necessarie poichè hanno in questo genere di esperienze un'importanza infinitamente maggiore che non nelle ordinarie ricerche istologiche e chimiche; gli è che basta una traccia infinitesimale di sostanze estranee per modificare il modo di cristallizzare della reazione e farci quindi cadere in errore.

meno forti, dei quali la distanza focale è abbastanza grande perchè i liquidi aggiunti non li possano alterare.

Ci siamo così formati l'idea del modo con cui avviene la cristallizzazione del reattivo, si tratta ora di vedere come essa viene modificata da una determinata sostanza: per questo si aggiunge alla miscela una traccia minima della sostanza da esaminare: supponiamo che si tratti di un liquido: vi si immerge l'estremità di una bacchetta di vetro; si lasciano cadere le goccie che cadono naturalmente per proprio peso, e a contatto del reattivo non si mettono che le traccie di sostanza rimaste aderenti alla bacchetta; si agita per 2″, e immediatamente dopo si depone una goccia nel modo sopra descritto sul porta-oggetti, e si lascia produrre la cristallizzazione [1]). Se la sostanza da esaminarsi è concentrata e forte (HCl, H^2SO^4, ecc.) è necessario di aggiungerne una minor quantità, agitando la bacchetta prima di porla a contatto col reagente. Se la sostanza è solida se ne mette un minimo frammento a contatto colla soluzione. Si tolgono poi colla bacchetta di vetro, agitando ciascuna volta il miscuglio, goccie del reagente, dopo 5″, dopo 15″ (coll'orologio alla mano), dopo 30″, dopo 1′, dopo 2′, dopo 5′, dopo 15′, dopo 30′, dopo un'ora, dopo 5 ore, dopo 24 ore, dopo 48 ore; al di là di questo periodo di tempo è difficile che il processo di cristallizzazione subisca nuove modificazioni. Naturalmente durante tutto questo tempo il vetro di orologio dove fu messa la soluzione deve essere tenuto coperto con una lastra di vetro perchè la soluzione non evapori.

I preparati così ottenuti, salvo quelli che si vogliono conservare intatti, si trattano poi con alcool, con etere, con trementina, con acqua distillata, con glicerina, con soluzione diluita di acido solforico, con soluzione diluita di potassa caustica, e si assiste al microscopio a tutte le modificazioni che avvengono nell'area di cristallizzazione.

Tanto i preparati primitivi, come quelli trattati colle sostanze qui enumerate, si possono conservare, quando sono completamente essiccati, ponendo una goccia di balsamo del Canadà sull'area di cristallizzazione, e sovrapponendo, come in istologia, il vetrino copri-oggetto: nessuno dei cristalli formatisi viene alterato dal balsamo.

Per studiare le modificazioni che un corpo apporta al modo di cristallizzare di una soluzione, non bisogna soltanto badare al formarsi di nuovi cristalli; ciò non basta quasi mai per riconoscere a quale sostanza sia dovuta la modificazione della cristallizzazione che si sta esaminando; bisogna invece badare anche ai seguenti dati: *a*) all'esame macroscopico; *b*) alle modificazioni che la cristallizzazione subisce a seconda: 1° del tempo che la sostanza rimane a contatto col reattivo; 2° del tempo durante il quale la sostanza viene lasciata all'aria prima di fare la reazione; 3° dei nuovi elementi (verde di metile, soluzioni di soda, di acido acetico) che si aggiungono al reattivo [2]); *c*) alle modificazioni che la cristallizzazione una volta

[1]) L'area di cristallizzazione va lasciata asciugare da sè; i cristalli, come è noto, riescono tanto meglio, quanto più il liquido evapora lentamente, quanto maggiore è la quiete in cui rimane, quanto più costante si mantiene la temperatura. Non bisogna quindi cercare di accelerare il processo di evaporazione coll'agitare il preparato, o col riscaldarlo, o col metterlo al sole.

[2]) Ecco le proporzioni in cui queste sostanze devono essere aggiunte: a 8 parti di soluzione di orange (8 goccie), a cui si sono aggiunte 4 parti di fucsina acida (4 goccie), si aggiungono 2 parti (2 goccie) della soluzione di verde di metil, oppure una parte (una goccia) delle soluzioni di soda, o di acido acetico sopradescritte.

formata subisce quando l'area di cristallizzazione viene trattata con alcool, etere, trementina, ecc., come si è detto.

Il liquido puro, senza aggiunta di traccie di alcuna sostanza, forma dei cristalli rossastri, non risplendenti, che, per brevità, chiamo cristalli *a*; essi sono grossolanamente ramificati; sono del tipo a base di parallelogramma obliquangolo (fig. 1).



Fig. 1.
Cristallizzazione del liquido puro.

Se si aggiungono traccie di alcune sostanze (sangue, latte, bianco di uova, ecc.) si formano nuovi cristalli, che chiamo, per brevità, cristalli *b*; sono gialli, più o meno intensamente colorati, risplendenti, sottili, spesso ramificati parecchie volte, indipendenti affatto dai cristalli *a*. Questi cristalli *b* appartengono al tipo a base di rettangolo, e se si fanno le esperienze colle precauzioni sopra ricordate, non si presentano mai nelle aree di cristallizzazione del liquido puro.

Dopo un certo tempo di contatto del reagente con alcune sostanze, appaiono cristalli ancora sottili e ramificati, ma non più gialli, nè risplendenti, ma violacei ed opachi; chiamo questi cristalli *b modificati*.

Descriverò ora brevemente le modificazioni della cristallizzazione dovute a traccie di sangue; quelle dovute ad altre sostanze le riassumerò, per mancanza di spazio, in una tavola. Se al liquido reagente si aggiungono traccie di sangue, e si esamina senza aiuto di strumenti un'area di cristallizzazione formata nel modo sopra descritto, si vedono partire dalla periferia verso il centro delle linee rossastre che vanno ramificandosi parecchie volte. Già ad un ingrandimento di 2-3 volte (con una semplice lente biconvessa), si distinguono dei cristalli *b* ramificati dalla periferia verso il centro. Ad un ingrandimento di 100 D. si vedono (oltre ai cristalli *a* proprii del liquido reagente) i cristalli *b* assai gialli e splendenti; alcuni di essi sono enormemente sviluppati, ramificati 10 e perfino 20, 30 volte; spesso i rami terminali, rivolti verso il centro, sono più grossi di quelli da cui si origina la ramificazione, e i singoli rami spesso non finiscono in punta, ma coll'estremità tronca (fig. 2). Il liquido puro (senza sangue) non dà mai questi cristalli *b*; può però dare dei piccoli cristalli *a* così sottilmente ramificati da simulare, a un esame superficiale, i *b*; ma se ne dif-

ferenziano perchè non sono giallo-splendenti, ma rosso-scuri opachi; non sono indipendenti dai cristalli *a*, ma partono da un ammasso di questi cristalli *a;* scompaiono se si tratta il liquido puro colla soluzione di soda sopra descritta; trattando l'area di cristallizzazione con alcool assoluto, essi diventano bleu come i cristalli *a*, mentre i cristalli *b* diventano bianchi, come vedremo.



Fig. 2.
Cristallizzazione del liquido dopo 5″ di contatto con traccie di sangue.

Man mano che il tempo di contatto della traccia di sangue colla soluzione aumenta, se si fanno nuovi preparati, i cristalli *b* appaiono sempre meno ramificati ed eleganti, e cominciano ad apparire nel centro dell'area di cristallizzazione delle macchie violacee; queste macchie sono granulose, irregolari, affatto indipendenti dai cristalli, che soltanto casualmente, alle volte, ricoprono in parte; ma non sono mai legate ad un cristallo, in modo che si possa dire che questo origini da quelle. Nello stesso tempo anche i cristalli *a* appariscono meno netti.

Già dopo cinque ore di contatto del sangue col liquido, facendo nuovi preparati, si trova che i cristalli *b* sono quasi completamente scomparsi, e che sopratutto il centro dell'area di cristallizzazione è ridotto ad una serie di macchie violacee o nero-violacee, sotto le quali si distingue appena qualche cristallo *a* (fig. 3).

Dopo un tempo maggiore (20 e più ore) di contatto del sangue col reagente, le macchie vanno alla loro volta scomparendo, mentre riappaiono distinti i cristalli *a*, non più ramificati, ma ridotti quasi alla forma di cristalli « individui », e alle volte qualche traccia dei *b* modificati (colorati in violaceo).

Questo modo di cristallizzare, con tutti i caratteri sopra accennati (essenzialmente la formazione di cristalli *b* assai gialli, assai ramificati, immediatamente dopo il contatto del sangue col reagente, che a poco a poco vanno diminuendo fino a scomparire, e la formazione di macchie abbondanti sopratutto nel centro del preparato), si manifesta pure con del sangue vecchio di sei mesi e più, e forse di anni.

Se il sangue è appena estratto dai vasi, la reazione riesce meno bene che non col sangue essiccato sulle pezzuole, credo perchè i globuli del sangue, agendo come corpi estranei, impediscono il formarsi di grandi ramificazioni dei cristalli *b*. Conviene quindi che lo stroma dei globuli si distrugga o rimanga aderente a un corpo estraneo, bagnando, per esempio, di sangue una pezzuola ed aspettando almeno 24 ore prima di fare la reazione. La pezzuola (di bucato) per sè sola, messa a contatto col reagente, non ne modifica punto la reazione.



Fig. 3.
Cristallizzazione del liquido dopo cinque ore di contatto con traccie di sangue.

Fin'ora ho fatto le esperienze con sangue d'uomo, di cane, di coniglio, di cavia, di topo; non ho trovato ancora differenze apprezzabili con queste varie specie di sangue.

Se si aggiunge al reattivo del verde di metile nelle proporzioni sopra descritte, le modificazioni della cristallizzazione sono sostanzialmente identiche.

L'aggiunta di soda al reattivo (sempre nelle proporzioni indicate) ritarda un po' la formazione di bei cristalli *b*; essi non si manifestano più molto sviluppati se non dopo almeno 15′-30′; i cristalli *b* sono però quasi tutti più sottili e con un aspetto in parte azzurrognolo. Se la soda si aggiunge in proporzioni maggiori di quella indicata, allora non si ha più la reazione del sangue, ma quella degli alcalini.

L'aggiunta di acido acetico (nelle proporzioni indicate) impedisce la formazione dei cristalli *b*. Se prima di mettere il sangue a contatto col reagente lo si porta a 80°, i cristalli *b* appaiono ancora, ma quasi tutti, colorati in rosso-violaceo cupo.

Se la pezzuola con macchie di sangue viene lavata con acqua semplice o distillata, la reazione avviene ancora abbastanza bene; è però assai meno evidente e più ritardato il carattere delle macchie: nel resto il decorso della reazione è quasi identico.

Se si tratta l'area di cristallizzazione con una a tre goccie di alcool assoluto, si vedono i cristalli *b* farsi bianchi, mentre gli *a* diventano bleu; poi tanto gli *a* come i *b* si sciolgono, e quando l'alcool è evaporato, si

vede che i cristalli *a* si sono riprodotti, mentre dei cristalli *b* non appare più che qualche traccia: generalmente qualche piccolo bastoncino giallo splendente, con una estremità bipartita; alle volte qualche ramo dei cristalli *b* esistenti prima di trattare con alcool, viene risparmiato dall'alcool ed acquista un aspetto rosso-giallastro. L'area di cristallizzazione del liquido puro non dà mai per l'azione dell'alcool origine a queste traccie di cristalli *b*.

Se a cristallizzazione compiuta si porta il vetro porta-oggetti a 100° (calore secco), dopo 5′ si vedono apparire dei vacuoli bianchi oblunghi nei cristalli *b*, e non nei cristalli *a*, che rimangono non modificati; questi vacuoli non aumentano di numero e di grandezza, anche lasciando per qualche ora il preparato a 100°.

Sulla natura chimica di questi cristalli *b* non posso dire nulla: essi si sciolgono in alcool, in acqua distillata, in soluzioni alcaline, in soluzioni acide, in glicerina; sono invece insolubili in etere, xilol, trementina, balsamo del Canadà. Da questi dati si deve concludere che possono essere sostanze saline o albuminati? Occorre appena notare che questi cristalli *b* non hanno nulla a che fare coi cristalli di emina, o di ematoidina, o di emoglobina.

Da quale elemento chimico del sangue dipende la formazione dei cristalli *b*? Il cloruro di sodio e la soda (i componenti inorganici principali del plasma) e il fosfato di potassio e il cloruro di potassio (i componenti inorganici più abbondanti dei globuli rossi) non li producono. Se si fa invece una soluzione di emoglobina e se ne mette una traccia a contatto del liquido reattivo, si vede riprodursi la reazione esattamente con tutti i caratteri sopra descritti. Ora l'emoglobina è composta di due sostanze: l'ematina ed un'albumina, appartenente probabilmente alla classe delle globuline, conosciuta col nome di globina. L'ematina per sè sola, ed io ho fatto l'esperienza con emina[1]), sciolta in soluzione alcalina, non dà la reazione. È adunque assai probabile che essa sia dovuta alle globine. E in questa opinione sono confortato dal fatto che i cristalli *b* si ottengono pure, quantunque la reazione per altri caratteri se ne differenzii, con altre albumine. La prova diretta tuttavia non l'ho ancora potuta ottenere: come è noto, l'emoglobina si può scomporre nei suoi due componenti in due modi: 1° Lasciandone una soluzione abbastanza concentrata all'aria, si precipita la globina, ma non pura, e completamente libera da ematina; 2° Trattando una soluzione di emoglobina con acido acetico (o con alcali) e agitando, si può poi estrarne l'ematina con etere: tuttavia anche in questo modo l'albumina che residua non è mai perfettamente libera da ematina, e se si ripete parecchie volte l'operazione fino ad avere una massa poco tinta in bruno, essa è così modificata dai trattamenti subìti che non dà più la reazione. Ed è appunto per la difficoltà di estrarre pura la globina dall'emoglobina che la natura precisa di quel proteide non è stata ancora ben chiaramente determinata.

Il siero di sangue e i liquidi contenenti sangue (liquido pleurico, che, come è noto, all'esame microscopico si trova sempre contenere dei globuli rossi — saliva, se contiene sangue — muco, ecc.) dànno, quantunque meno

[1]) L'emina pura mi venne donata dal prof. Carbone che vivamente ringrazio.

manifesta, la reazione del sangue purchè siano neutri, o resi tali artificialmente. Abbiamo infatti veduto che l'aggiunta di soda, al di là d'una certa misura, e di acidi impedisce la reazione. Due fatti però differenziano la modificazione della cristallizzazione dovuta al sangue puro, da quella dovuta a siero di sangue od a liquidi contenenti sangue: 1° I cristalli *b* non sono mai così riccamente ramificati e d'un giallo così intenso come col sangue puro; 2° Non si formano, o sono assai meno abbondanti, le macchie che abbiamo descritte come caratteristiche della reazione del sangue, e la cristallizzazione *a* si altera assai meno e solo dopo 40 ore. L'orina contenente sangue, anche se neutralizzata, produce meno bene la reazione propria del sangue, forse perchè l'emoglobina viene alterata od ostacolata nella sua azione dalla presenza dei componenti dell'orina.

Il latte, la sieralbumina, il bianco d'uovo, il liquido dell'idrocele, lo sperma, il rosso d'uovo, le feci, dànno pure traccie più o meno evidenti di cristalli *b*, ma mancano gli altri caratteri riferiti come speciali del sangue. Reazioni caratteristiche dànno pure gli alcalini, l'acido nitrico, l'acido solforico, l'acido cloridrico, l'acido lattico, ecc.

Qui non posso dare che una tavola riassuntiva di queste reazioni (vedi a pagina seguente).

Le applicazioni pratiche del metodo mi sembrano evidenti: tralasciando per ora di descrivere come esso possa servire, per es., per la ricerca del sangue nei liquidi patologici, dell'albumina nell'orina, dell'acido cloridrico nel succo gastrico, mi fermerò alle applicazioni medico-legali per la ricerca del sangue.

Per la ricerca del sangue la medicina legale non manca di metodi, ma il più sicuro di tutti, lo spettroscopio, richiede già una quantità relativamente notevole di sostanze da esaminarsi e l'uso di strumenti speciali; e il metodo dei cristalli di cloridrato d'ematina, per quanto praticamente eccellente, non sempre riesce; per es., è noto che alcuni acidi, sopratutto se agiscono insieme alla ruggine di Fe[1]), impediscono la formazione dei cristalli di emina; la dimostrazione poi dei corpuscoli sanguigni non riesce quasi mai, anche coll'impiego dei liquidi addizionali, se le traccie di sangue sono antiche.

Colla soluzione che io presento, le modificazioni caratteristiche della cristallizzazione si formano con certezza anche per traccie assolutamente minime di sangue (perfino con un pezzettino di pezzuola del peso di gr. 0,001, dove la quantità di sangue aderente è quasi infinitesimale), e per vedere i cristalli *b* basta una semplice lente biconvessa che ingrandisca 2 a 5 volte.

[1]) Tamassia, Su alcune condizioni della cristallizzazione dell'emina (Riv. sper. di fren. e med. leg., 1890, pag. 135).

Pel contatto di traccia d'una sostanza colla soluzione si producono:		Caratteri particolari		Nome della sostanza
Soltanto cristalli *a* tipici o modificati.	anche coll'aggiunta di verde di metil			Acido nitrico. Acido solforico. Arsenico. Urea. Cloruro di sodio. Fosfato di sodio. Fosfato di potassio. Cloruro di potassio. Ruggine di ferro. Glucosio. Amido. Orina. Sostanze grasse, ecc.
	coll'aggiunta di verde di metil, si formano piccoli cristallini *b*.	Persistono anche se si aggiunge al reagente dell'acido acetico.		Acido cloridrico.
Cristalli *a* e cristalli *b* modificati.		I cristalli *b* modificati sono rosso-violacei.		Alcalini.
Cristalli *a* e cristalli *b* tipici.	Subito dopo l'aggiunta della sostanza alla soluzione.	Si formano macchie caratteristiche. La cristallizzazione *a* si altera profondamente. I cristalli *b* seguono una scala decrescente col progredire del tempo di contatto. La reazione avviene anche dopo parecchi mesi da che la sostanza è esposta all'aria.		Sangue e liquidi contenenti sangue.
		Mancano questi caratteri citati come proprii del sangue.	I cristalli *b* sono discretamente sviluppati.	Latte. Bianco d'uovo. Liquido dell'idrocele. Orina resa neutra, contenente albumina (fig. 4).
			I cristalli *b* sono rudimentali; appaiono cristalli *b* modificati.	Sperma. Rosso d'uovo. Feci.
	Solo dopo 10 e più ore dall'aggiunta della sostanza alla soluzione.	I cristalli *b* sono rudimentali; scompaiono quando il preparato è completamente asciutto; non appaiono più se si aggiunge al reagente del verde di metil.		Acido lattico.

Ecco come conviene procedere per l'esame: se il sangue è fresco si lascino decorrere 24 ore prima di fare l'esperienza. Se si tratta d'una pezzuola macchiata se ne tagli un piccolissimo frammento (per es., lungo due mm. e largo un mm.): lo si tagli con una forbice accuratamente pulita, in sottilissimi filamenti, che si raccolgono in un pezzo di carta bianca; preparato il liquido, vi si lascino cadere tutti i filamenti in un tempo solo,



Fig. 4.
Cristallizzazione del liquido in seguito al contatto con traccie di orina albuminosa resa neutra artificialmente.

si agiti con una bacchetta di vetro per 2″, e più rapidamente che è possibile, si depositi una goccia su un porta-oggetti, e poi successivamente altre goccie, e si proceda poi come fu già esposto. Se si tratta di macchie depositate sul legno o su metalli, si raschiano, si mettono a contatto del liquido minime traccie della polvere così ottenuta e si procede poi come sopra. Se si tratta di sangue, quando l'area di cristallizzazione è asciutta, si vedranno i cristalli *b* assai bene ramificati, e coll'aumentare del tempo di contatto del sangue colla soluzione, si vedranno man mano apparire i caratteri sopra descritti; si potrà affermare la presenza del sangue soltanto quando si manifesti il complesso dei caratteri che ho descritto come speciali della reazione del sangue.

Discussione

Prof. **P. Pellacani** (Bologna): Domanda se il dottore Roncoroni crede di avere innanzi a sè dei cristalli e di quale natura.

Dubita fortemente che la sostanza colorata che precipita col metodo della evaporazione delle due soluzioni orange G e fucsina acida sia *ematina;* anzi si può *a priori* escludere. Contesta al dottore Roncoroni che la sostanza colorante del sangue fresco consti di *ematina*, e propone che il metodo del Roncoroni sia rimesso ad una Commissione che ne riferirà *lunedì* prossimo.

(*È accettata la proposta*).

Prof. **S. De Crecchio** (Napoli): Non pare sicuro, dall'osservazione dei preparati, che si tratti di vere e proprie cristallizzazioni; ma cristallizzazioni od altro, ciò mi pare cosa di secondaria importanza. Quello che importa è, se codeste forme, quali che siano, che si producono in seguito dell'aggiunta di sangue, anche antico, al liquido speciale indicato dal dottore Roncoroni, siano ben definite e costanti, se non le dieno altre sostanze coloranti. E quando si potrà evidentemente dimostrare che quelle forme ramificate gialleggianti sieno esclusivamente del sangue e di *niun'altra sostanza*, allora io credo che l'osservazione del dottore Roncoroni possa essere di grande importanza e costituire una scoperta per la diagnosi nelle macchie di sangue. Però bisogna ripetere le osservazioni ed eliminare il dubbio che qualche altra sostanza non dia un risultato consimile o analogo.

Roncoroni: Risponde al professore Pellacani e al professore De Crecchio che ritiene si tratti realmente di cristalli. Conviene pienamente che in ogni modo i cristalli non sono di ematina, cosa che anzi gli aveva già fatto osservare. Risponde al professore De Crecchio che le forme cristalline che si producono in seguito all'aggiunta di sangue sono ben definite e costanti; e la diagnosi dell'esistenza di sangue risulta non dall'esame di un solo preparato, ma di tutta la serie, come è indicato nella comunicazione.

Prof. **S. Ottolenghi** (Sienne):

Sur les caractères et la toxicité du sang dans les asphyxies.

J'ai étudié la résistance des corpuscules rouges du sang asphyxique; sa richesse en hémoglobine avec le cytomètre; sa richesse en globules; sa densité et sa plus ou moins rapide coagulation et oxydabilité.

J'ai fait mes expériences sur des lapins, desquels j'étudiais le sang avant et après la mort dans divers genres d'asphyxie; les observations les plus nombreuses furent faites dans des cas de suffocation et d'immersion; plusieurs animaux furent tués par la pendaison et quelques-uns asphyxiés avec de l'oxyde de carbone.

Chez tous les sujets d'expérience, dans chaque genre d'asphyxie, j'ai observé que la mort survient 10 minutes environ après l'empêchement de la respiration.

J'ai fait mes observations aussitôt après la mort de l'animal et les ai répétées quelques heures plus tard, au plus après 24 heures. Naturellement les mêmes observations sur le sang avaient déjà été faites plusieurs fois sur l'animal en vie.

Résistance du sang. — J'ai examiné la résistance du sang aux solutions salines avec la méthode de Mosso, qui consiste, comme on le sait, dans la recherche du titre d'une solution de chlorure de sodium, dans laquelle une quantité déterminée de sang se dissout complètement.

Plus le titre de la solution, dans laquelle commence à se vérifier la destruction de tous les globules, est élevé, et moins la résistance du sang sera grande. De ces observations il résulte:

Que dans les asphyxies provoquées mécaniquement, il se vérifie une diminution de la résistance des corpuscules. Elle est minime dans la pen-

daison, plus évidente dans la suffocation et l'immersion. A égalité de durée, dans l'asphyxie, on ne remarque pas de différence entre la résistance des corpuscules dans l'immersion et dans la suffocation.

La plus grande altération dans la résistance se remarque dans les asphyxies toxiques: particulièrement dans l'asphyxie par hydrogène arsénié.

Coagulabilité. — Dans toutes les observations sur l'asphyxie mécanique, j'ai toujours remarqué un retard dans la coagulation du sang; souvent ce retard m'a paru proportionnel à la durée de l'asphyxie.

Oxydabilité. — Dans vingt observations, excepté dans un cas de suffocation très rapide, j'ai toujours pu observer un retard notable dans le rougissement du sang, avec une moyenne de 20′ en comparaison du normal.

Globulimétrie. — D'après ces expériences, on aperçoit aussitôt combien est rapide l'altération que subit le sang asphyxique relativement au nombre des globules; cette diminution du nombre des globules ne survient pas davantage dans un genre d'asphyxie que dans un autre, et est d'autant moins évidente dans la suffocation par immersion.

Chromocytométrie. — Comme on sait, dans tous les genres d'asphyxie, j'ai rencontré une accentuation de la diminution de la substance colorante du sang, alors que dans les morts traumatiques, faisant l'observation de 5′ à 30′ après la mort, je n'ai rencontré aucune diminution remarquable. La perte de la substance colorante n'a pas été plus grande dans l'immersion que dans les autres genres d'asphyxie; pas même dans ce troisième cas d'immersion, dans lequel je laissai le cadavre pendant trois heures dans l'eau.

Densité du sang. — Pour mes observations, je choisis la méthode de Hammerschlag, qui donne des résultats constants et ne demande que quelques gouttes de sang. On procède de la manière suivante:

On mélange dans un petit verre à calice du chloroforme et du benzol (très pur) de manière à ce que le verre soit au moins à moitié plein. On laisse tomber une goutte de sang dans le mélange; si la goutte monte, on ajoute du benzol, si elle descend, du chloroforme; si la goutte surnage on peut ajouter un excédant de benzol pour la faire tomber au fond; on ajoute alors du chloroforme jusqu'à ce qu'elle reste en suspension. On détermine ensuite le poids spécifique du mélange avec un aréomètre, ou, comme je l'ai fait moi-même, par le calcul, qui très facilement déterminait la densité du mélange par le volume du chloroforme et du benzol employé que je faisais tomber goutte à goutte de deux burettes graduées de Nohr.

On observe par ces expériences, que dans les morts traumatiques la densité diminue de deux à six millièmes, dàns les premiers instants après la mort, et plus sensiblement, mais pas plus de sept millièmes, après la première heure.

Dans les deux morts par asphyxie, je trouvai aussitôt, dans les premières minutes après la mort, une diminution de densité plus notable: de 9 millièmes dans la suffocation, de 8 dans la suffocation par immersion; après la première demi-heure la densité diminuait respectivement de 13′ et de 9′, et après la première heure elle se maintenait telle quelle, dans la suffocation; elle diminuait, au contraire, de 15 millièmes, dans l'immersion.

Cette décomposition plus rapide du sang asphyxique est un phénomène cadavérique que nous avons remarqué dans le cas de suffocation et d'immersion, mais certainement plus évident dans ce dernier.

Cette observation est très importante: elle démontre que l'absorption de l'eau que peut faire l'animal n'influe aucunement sur la densité du sang, et est une nouvelle preuve que le sang, dans l'immersion, n'est pas plus liquide que dans les autres asphyxies.

Toxicité du sang asphyxique. — Dans diverses observations, nous avons fait sur des lapins des injections sous-veineuses de sang asphyxique, laissé coaguler et puis pressé, pris dans le ventricule droit d'un lapin suffoqué. Constamment, à la suite d'injections de dix grammes de sang asphyxique par mille du poids de l'animal, nous avons eu des morts très rapides avec déperdition, symptôme pathologique typique des asphyxies. Avec des doses moindre (cinq par mille) on eut les symptômes suivants: abolition temporaire de la sensibilité et des réflexes, état général de stagnation et immobilité. Cet état durait plusieurs heures, de une à quatre; l'animal retournait ensuite dans ses conditions normales. Des observations faites en confrontation avec du sang de lapin obtenu par incisions traumatiques ne donnèrent aucun phénomène morbide.

Conclusion

En conclusion, dans toutes les asphyxies étudiées, on remarque sitôt après la mort, à un degré plus ou moins évident, suivant la durée majeure ou mineure de la période d'asphyxie et sa régularité, une diminution de la résistance, de la densité, de la quantité des corpuscules rouges et de l'hémoglobine; un retard de la coagulation et de l'oxydabilité.

Cette déperdition du sang est constante quand la mort survient réellement par asphyxie et qu'aucune intervention momentanée de la part de l'individu ou du milieu ambient ne vient changer le cours de l'asphyxie.

Les caractères que présente le sang asphyxique ne sont pas dus aux phénomènes cadavériques, mais dépendent du mécanisme de ce genre de mort violente. Le sang asphyxique est réellement plus liquide, plus soluble et par suite plus facilement décomposable. Ce sang reste le même dans les premiers moments de la mort, dans la suffocation par immersion comme dans les autres asphyxies mécaniques. C'est seulement par la suite que ces caractères peuvent se présenter plus ou moins accentués, non par la dépendance même du procès asphyxique, mais par des circonstances accidentelles: eau absorbée durant l'immersion, conditions particulières dans les autres asphyxies.

Tout pousse donc à conclure que dans l'asphyxie on a un rapide empoisonnement; le sang asphyxique agit réellement comme toxique formé dans l'organisme même.

Discussione

Prof. **P. Pellacani** (Bologna): Domanda se il metodo per provare la tossicità del detto sangue sia stato veramente quello dall'autore accennato, cioè iniezione venosa negli animali sani di sangue asfittico già coagulato e spremuto. Dubita molto della bontà di questo metodo. Non era più

logica e più semplice la trasfusione diretta del sangue non coagulato e non morto perchè così si carica di prodotti nocivi?

Ottolenghi: Il metodo da me usato fu usato dal Dostu in una recente comunicazione alla Société de Biologie, sulla tossicità del sangue; può non essere il migliore; ma io ho sempre fatto osservazioni di confronto con sangue di animali uccisi con trauma nelle medesime condizioni, ed ho notato che la tossicità del sangue, in questi casi, non si manifestava che a dose sei volte maggiore e con altra sintomatologia.

Dott. **G. Perrando** (Genova):

Sulla persistenza dell'etere nei cadaveri in putrefazione.

Il dottor Perrando rende note alcune modificazioni ch'egli ha apportate all'apparecchio di Perrin e Duroy per adattarlo convenientemente alla ricerca dell'etere nei tessuti. Egli ha sostituito un aspiratore all'opposta estremità dell'apparecchio, all'uso del gazometro, per ottenere la corrente d'aria destinata a trasportare i vapori d'etere a gorgogliare nelle provette del reagente, ch'egli mantiene al coperto dalle influenze certe della luce. Ha semplificato il sistema di prosciugamento dei vapori eterei sostituendo una semplice canna di vetro, piena di calce viva, ai due palloncini usati da Perrin e Duroy, in modo che il cammino è abbreviato ai vapori eterei e più facilmente possono essere spinti innanzi con dolce riscaldamento della canna. Ha constatato come l'idrogeno solforato che si va sviluppando dai cadaveri in putrefazione possa facilmente mentire la reazione dell'etere, ond'è che egli ha intercalato fra il pallone ove stanno i visceri e le provette di reazione, una provetta speciale contenente una soluzione di sublimato corrosivo destinato a soffermare i possibili vapori di idrogeno solforato. Volendo, si potrebbe ancora pensare a ritenere con un'altra provetta intercalata i possibili vapori d'alcool ed aldeide utilizzando la nota reazione di Lisbeke; tuttavia si è convinto della superfluità di questa precauzione, avendo constatato come, se pure si possono sviluppare col processo putrefattivo simili prodotti, come alcuni affermano, questi non sono mai in quantità tali da disturbare la ricerca dell'etere, il quale per tracce infinitesimali dà immediatamente la reazione coll'apparecchio descritto. Controllate sempre le ricerche con prove in bianco, l'O. comunica le ricerche sulla resistenza dell'etere nei cadaveri in putrefazione eseguite su cani, conigli, cavie e grossi topi bianchi, abbandonato all'aria in differenti condizioni di temperatura e di ventilazione.

Da queste ricerche conclude:

1° Che si può dimostrare la presenza dell'etere anche in cadaveri giunti al periodo di dissoluzione putrida (46 e più giorni dalla morte);

2° Che naturalmente il tempo entro il quale questa dimostrazione è ancora possibile, varia moltissimo, oltrechè a seconda del periodo putrefattivo a cui è giunto il cadavere, anche per la temperatura e maggiore o minore ventilazione;

3° Che l'etere si conserva in modo differente nei diversi tessuti, ma resiste moltissimo nel sistema nervoso centrale, e perchè vi si localizza in

gran quantità e perchè ne è mantenuta più riparata da solide scatole ossee la evaporazione;

4° Per la pronta sua eliminazione per via polmonare analogamente a quanto ha osservato il professore Severi pel cloroformio, l'etere non è più possibile trovarlo nei cadaveri di animali che soccombettero per altra causa una o due ore dopo che ne avevano introdotto anche abbondantemente.

L'O. si propone di continuare in queste indagini ricercando l'etere in cadaveri di animali lasciati esposti in varii ambienti, in differente altro *medium* (acqua, terra), e vedere, se è possibile, le modalità colle quali esso sta così lungamente fissato nei tessuti dopo la morte.

Prof. **P. Pellacani** (Bologna): Parla per una questione preliminare sul titolo della comunicazione del Petrone.

L'oratore dice che comunica qui solo dei criterii *chimici*, *tossicologici*, che lo hanno guidato alla diagnosi di morte per *acido pirogallico*. Pellacani osserva che non si può accettare qui una comunicazione così circoscritta. La medicina legale si occupa con un complesso di criterii della diagnosi delle intossicazioni.

Quarta Seduta.

2 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. J. Kratter (Graz).

Prof. **A. Petrone** (Catania):

Ricerche sperimentali sull'avvelenamento per acido pirogallico.

Da esperimenti fatti per circa sette mesi su molti cani e conigli col precedente delle autopsie dei due cadaveri *Barone* e *Cavaliere S. Andrea*, si possono dedurre i seguenti corollarii chimici e forensi. I corollarii fisiopatologici li esporrò alla III Sezione (Anatomia patologica).

a) *Corollarii chimici:* 1. Nuove reazioni chimiche per scoprire l'acido pirogallico al di là di $^1/_{20000000}$.

2. Particolare reazione alla carta di tornasole in rapporto a quella degli altri acidi.

3. Reazione della pirogallina liquida e della solida, la quale cristallizza in modo speciale quando però vi è residuo di acido pirogallico.

4. Reazione nuova della pirogallina, sdoppiandola o trasformandola precedentemente con gli acidi, che la decolorano in parte.

5. Trasformazione non solo dell'acido pirogallico, ma anche della pirogallina in acido metagallico, mediante il calore. Solo la prima trasformazione è conosciuta in chimica; la seconda, ottenuta nelle presenti ricerche,

è più importante dell'altra come fatto medico-legale, illuminando la quistione là ove la chimica restava muta.

6. Qualità speciali del pirogallato di argento diverse da quelle del nitrato di argento.

b) *Corollarii forensi:* 1. L'estratto al 20° dell'alcool, in cui si conserva il fegato degli avvelenati con acido pirogallico, è caratteristico pel colore giallo-rosso-bruno.

2. Importanza della trasformazione della pirogallina che forma la base principale di questi estratti, mediante gli acidi e mediante il calore, e quindi ricostituzione della reazione pirogallica.

3. Reazione caratteristica, forte nella bile, quando più non si trova nell'urina, sino a 20 giorni e più dopo l'avvelenamento; da ciò l'obbligo di un esame chimico speciale della bile raccolta nella cistifellea, anche nelle esumazioni.

4. Reazione pirogallica e di pigmenti biliari nell'urina degli avvelenati, anche dopo 20 minuti.

5. Pirogallina che si estrae dal fegato degli avvelenati dopo due mesi e probabilmente anche più: quindi la necessità di sezionare gl'individui con sospetto di avvelenamento pirogallico, anche quando son guariti e muoiono per altre ragioni.

Assume la presidenza il prof. L. De Crecchio (Napoli).

Discussione

Pellacani: La comunicazione del collega Prof. Petrone è estesa a tale complesso di circostanze che è difficile qui in breve farsene un concetto esatto.

Mi fermerò ad alcuni punti più salienti dal punto di vista forense. Il collega ci dice di aver potuto fare diagnosi di avvelenamento per acido pirogallico dal criterio anatomico, e sopratutto per l'aspetto speciale della milza (nera), per l'aspetto speciale del fegato (nero), per l'itterizia, per il reperto istologico nel fegato di cellule bianche cariche di corpi pigmentarii e solubili nell'alcool, ecc. ecc. Ora pare a me che il complesso anatomico descritto dal Petrone è quello ancora non descritto, ma che si comprende dovesse esistere nel caso speciale (sangue color cioccolatta, metaemoglobinemia, metaemoglobinuria, microcitemia, color cioccolatta di tutti i tessuti ecc.), potesse portare ad una diagnosi generica di venefizio per veleno ematico, mai ad una diagnosi di natura speciale del veleno. E poi Pellacani ricorda i venefizii che danno un quadro corrispondente a quello per acido pirogallico e rammenta alcuni criterii speciali anatomici di diagnosi differenziale.

Del resto la comunicazione del collega è assai importante anche per la relativa rarità di questi avvelenamenti, e si riserva di considerarla meglio nello studio del lavoro completo.

Petrone: Sono dolente che il collega Pellacani non abbia sentito la prima parte della mia comunicazione, in cui vi è la risposta alla sua interrogazione.

Prof. **A. Cugini** (Parma):

L'ipnotismo nelle sue applicazioni medico-legali.

Questa suggestione può essere eziandio di natura criminosa: ciò è troppo facile a comprendersi. Ma non ugualmente però si deve ammettere che il suggestionato sia costretto a compiere l'atto suggestionatogli, quando questo ripugna all'indole sua onesta. Fra le disparate opinioni in proposito, l'oratore sostiene questa conclusione per osservazioni proprie, e spiega questo fatto per analogia ricordando quanto avviene nel sonnambulismo spontaneo e nella società degli uomini, taluni dei quali esercitano talvolta sugli altri un fascino irresistibile, ma che non vale però a mutare gli onesti in delinquenti.

Resta però che la suggestione criminosa potrà veramente essere eseguita, quando il suggestionato abbia indole criminosa; nel qual caso dell'atto compiuto non potrà evidentemente essere tenuto responsabile l'esecutore medesimo.

Per questa possibilità è però da riflettere alla difficoltà di rinvenire e l'ipnotizzatore che sappia produrre l'ipnosi fino al grado della suggestione, e l'individuo ipnotizzabile, e possedenti amendue indole criminosa per suggestionare e per compiere un atto delittuoso.

In ogni caso di allegata o sospettata suggestione è lecito sottoporre all'esperimento dell'ipnosi l'individuo cui si imputa un reato. Ma come è innegabile la suggestione dell'amnesia per l'autore, per l'epoca, pel modo ecc. dell'atto suggestionato, non è tuttavia conceduto di usare mezzi capziosi da taluni consigliati, per scoprire la verità: a ciò si oppongono la giurisprudenza e la pratica del foro italiano.

L'ipnotismo può essere talvolta, nelle quistioni medico-legali, simulato; l'esperto però non sarà mai condotto in errore: alcuni sintomi della vera ipnosi non potranno mai essere simulati.

Discussione

Prof. **D. Toscani** (Roma): Convengo in massima parte con le idee svolte dal professore Cugini; però non posso a meno di notare che dei segni fisici per discoprire la realtà o simulazione dell'ipnotismo difficilmente potrà profittare il medico legale che piuttosto che essere chiamato ad assistere ad una ipnotizzazione, lo sarà a risolvere la questione se un reato sia stato o no commesso per suggestione ipnotica. D'altronde è troppo grande il rispetto che io porto alla morale libertà di una persona per poter accettare il consiglio che il medico legale debba sperimentare su lei l'ipnotizzazione per rilevare se dessa sia ipnotizzabile e a qual punto, se cioè fino a quello dell'essere suggestionabile. Io credo che veramente, come sostiene il Gilles de la Tourette, siano parecchie le condizioni perchè possa sperare l'ipnotizzatore che resti occulto il suo operato; ed è questa la ragione per cui, ad eccezione dello stupro sofferto dalla persona ipnotizzata, non vi sono fatti, per quanto io conosca, di reati dimostrati compiuti in conseguenza di suggestione ipnotica.

Dr. **Szigeti** (Budapest): Die hypnotischen Zustände sind identisch mit den hysterischen Dämmerzuständen. Strafrechtlich sind sie zur Bewusstlosigkeit zu zählen. Die in der Hypnose und die an Hypnotisirten begangenen Verbrechen sind in diesem Sinne zu interpretiren. Die Anwendung des Hypnotismus in der strafrechtlichen Untersuchung ist zu verwerfen, denn es wäre ein Eingriff in die Gesundheit und eine Beraubung der persönlichen Freiheit des Individuums. Da die modernen Strafgesetzbücher die Bewusstlosigkeit genügend berücksichtigen, ist eine besondere Anführung des Hypnotismus nicht nothwendig.

Cugini: Il prof. Toscani e il prof. Szigati mi oppongono che non dev'essere lecito al medico perito di sottoporre alle prove dell'ipnosi l'individuo che si sospetti autore di un reato per suggestione; sarebbe una specie di tortura non assolutamente conceduta.

Ora debbo dichiarare che mi pare assai strano si chiami tortura il sottoporre ad ipnosi un individuo. Ho detto che l'individuo su cui potrà essere chiamato a dare un giudizio il medico-perito, dev'essere necessariamente ipnotizzabile con molta facilità, se arriva fino a subire la suggestione. Dopo questo, come mai si potrebbe ancora parlare di tortura?

Al prof. Szigati poi che dichiara che ipnotizzabili sono gli isterici solamente, rispondo come questa sua conclusione sia contradetta dai fatti, e da quanto in proposito ammettono gli studiosi d'ipnotismo, a qualunque scuola appartengano.

Vi sono dei neuropatici, che non sono isterici, i quali tuttavia sono grandemente e facilmente suscettivi all'ipnotismo.

Dott. **R. Gurrieri** (Bologna):

Degenerazione del midollo spinale nell' avvelenamento sperimentale per fosforo.

Circa le alterazioni anatomo-patologiche prodotte dal fosforo sul sistema nervoso centrale si trova spesso ripetuto quanto scrive lo Schuchardt nel *Trattato di medicina legale del Maschka* (vol. II), che « nel sistema nervoso centrale e periferico non si osserva per lo più nulla di notevole ».

Infatti mentre la letteratura medica è ricchissima di osservazioni anatomo-patologiche riflettenti tutti gli organi degli animali morti per fosforo, ben poco al contrario si trova notato per ciò che riguarda il sistema nervoso in genere.

È stata trovata la pia-madre alquanto turgida, edematosa ed opaca: in diversi punti del cervello sono stati descritti qua e là piccoli versamenti di sangue. In un caso pubblicato da Herschel nel cervello esisteva insieme ad estesa degenerazione adiposa dei vasi cerebrali un focolaio emorragico grosso come una noce.

Un altro caso simile ricorda Hoffmann, ed un terzo Orth. Hammer, in una donna morta nove ore dopo l'ingestione di fosforo tolto da zolfanelli trovò « tracce di degenerazione grassa nella corteccia cerebrale e lungo le guaine midollari dei nervi. »

Elkins e Middlemas notarono « una notevole degenerazione grassa del nucleo e del parenchima delle cellule nervose della corteccia cerebrale. »

Danillo nel 1880 fece una comunicazione preventiva « sulla anatomia patologica del midollo spinale nell'avvelenamento per fosforo. »

Mi è stato impossibile, come è successo anche allo Schuchardt (Maschka, l. c.), di avere questo lavoro, pubblicato nella *Vorl. Mitth. St. Petersb. med. Wochenschrift* (1880). Ne ho trovato però un breve riassunto nel *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften* (1880), dal quale si rileva che questo autore trovò negli animali che egli avvelenò con fosforo una speciale lesione nel midollo spinale, ossia oltre a numerose emorragie, una deposizione tanto nella sostanza bianca, quanto nella sostanza grigia, di enormi masse di pigmento rosso-scuro, quasi nero.

In seguito ad avvelenamento cronico per piccole dosi somministrate per lungo tempo si originò una mielite: cellule granulose attorno ai vasi, tumefazione torbida nelle cellule ganglionari e formazione di vacuoli, raggrinzamento e in un caso persino totale scomparsa delle cellule nervose.

Nessuno, per quanto io mi sappia, ha finora riscontrato degenerazioni sistematiche nel midollo spinale, quali verrò descrivendo nel caso da me esaminato. Trattasi di un cane morto un mese dopo che prendeva quotidianamente per via gastrica fosforo bianco sciolto in olio d'oliva.

Riporterò brevemente il reperto microscopico dei visceri esaminati, lasciando per ultima la descrizione delle alterazioni del midollo spinale.

Piccoli pezzi degli organi convenientemente induriti nel liquido di Müller sono stati messi per alcuni giorni nella miscela osmio-bicromica di Marchi. Tolti da questa miscela, sono stati inclusi in celloidina e sezionati col microtomo Schanze.

Le sezioni sono state esaminate alcune subito in glicerina, altre colorate con varii metodi (carmino alluminato Grenacher, fucsina, ematossilina Vassale, ecc.), indi passate nella serie degli alcool, rischiarate nell'olio di lavanda e chiuse in balsamo del Canadà sciolto in xilolo.

I preparati più belli per chiarezza ed eleganza sono certamente quelli colorati coll'ematossilina Vassale.

Accennato così rapidamente alla tecnica usata, ecco il reperto microscopico.

Stomaco. — Nelle ghiandole pepto-gastriche le cellule principali si manifestano in preda a profonda alterazione; il nucleo non è più colorabile; nel corpo si notano numerosi granuli colorati in nero dall'acido osmico.

In molte di queste ghiandole, in luogo delle cellule principali, si nota una sostanza granulosa nella quale non si riesce più coi varii metodi di colorazione a dimostrare i nuclei. Le cellule delomorfe si presentano sempre ben conservate.

Pancreas. — In molte cellule pancreatiche il nucleo non è più colorabile e nel corpo del protoplasma si notano minuti granuli colorati in nero dall'acido osmico.

Fegato. — Il corpo cellulare è pieno di granuli neri di varie dimensioni; il nucleo non è più colorabile; non si riesce più a distinguere il limite fra le singole cellule epatiche. Vi ha degenerazione grassa diffusa a tutto il viscere.

In sezioni sottilissime si nota che nel centro dell'acino, attorno alla vena centrale è dove il processo degenerativo è meno avanzato. Non vi è infiltrazione di leucociti nel connettivo interacinale.

Cuore. — In molte fibre muscolari si nota che è scomparsa la striatura trasversale e longitudinale; il protoplasma risulta di tante granulazioni più o meno minute, alcune delle quali appaiono colorate in nero dall'acido osmico.

Rene. — Nei tubuli contorti e nelle anse di Henle l'epitelio è ridotto per massima parte a sostanza granulare: molti di questi granuli, di grossezza varia, sono tinti in nero dall'acido osmico. Il processo degenerativo è molto più spiccato nelle anse di Henle.

Si notano pure alterazioni nei glomeruli. I nuclei dell'epitelio di rivestimento della superficie interna della capsula di Bowman non sono più colorabili: spesso fra la capsula di Bowman ed il glomerulo si nota un accumulo di sostanza granulosa di vario spessore e di forma per lo più semilunare.

Negli altri organi esaminati (polmone, diaframma, muscoli e nervi periferici) non ho riscontrato alcuna alterazione.

Passando ora al midollo spinale descriverò anzitutto le alterazioni che si vedono ad occhio nudo, dopo conveniente indurimento nel liquido di Müller.

In tagli trasversali praticati a varie altezze, i fasci piramidali crociati appaiono nella porzione posteriore dei cordoni laterali come due aree rotondeggianti meno colorate dal liquido di Müller, e quindi molto più chiare del restante midollo. Tale degenerazione nei cordoni laterali si segue spiccata dalla porzione cervicale per tutta la lunghezza del midollo fino al termine di detti fasci nella regione lombare.

A cominciare dal terzo inferiore della regione dorsale si nota pure degenerazione dei cordoni di Goll e di Burdach, che appare sempre più spiccata in questi due cordoni andando in alto nella regione dorsale. Nella regione cervicale tale degenerazione si continua solo nei cordoni di Goll.

Questo l'esame macroscopico: per quello microscopico ho incluso tanto in celloidina quanto in paraffina piccoli pezzi presi dalle varie regioni del midollo, ed ho fatto sottilissime sezioni, servendomi del microtomo Schanze e di quello Becker.

Ho colorato quindi le sezioni col metodo Weigert e col carmino ammoniacale, venendo per tal modo a confermare l'accennata degenerazione. Altri pezzetti di midollo sono stati messi, prima dell'inclusione in celloidina, nella miscela osmio-bicromica già citata.

Ora nei pezzetti di midollo trattati con quest'ultimo metodo, non ho riscontrato nei fasci, che pur nettamente apparivano degenerati, le alterazioni caratteristiche di questo acido sulle fibre degenerate: il qual fatto starebbe a confermare quanto pel primo ebbe già a notare il dottore Vassale, e cioè del diverso modo di comportarsi delle fibre midollari in preda a degenerazione primaria, in cui, trattandosi di un lento processo di atrofia non avviene la reazione nera dell'acido osmico, in confronto a quelle in preda a degenerazione secondaria, in cui la reazione osmica ha luogo, trattandosi di un processo più o meno rapidamente distruttivo delle fibre nervose medesime.

Osservazione questa, io ritengo, di grande valore anche pel medico legale, il quale avrebbe così un criterio per differenziare le degenerazioni del sistema nervoso centrale dovute ad alterazioni chimiche (degenerazione primaria), da quelle dovute a traumatismi (degenerazione secondaria).

Discussione

Prof. **A. Severi** (Genova): Dichiara di avere anch'egli constatato nel midollo spinale quanto ha detto l'A., trattando egualmente il midollo di cani avvelenati per fosforo col reattivo del Marchi. Questi stessi fatti gli ha pure osservati nel midollo spinale d'un cane avvelenato con l'acido arsenioso in modo lento.

Prof. S. **Ottolenghi** (Siena):

L'esame della sensibilità col faradimetro di Edelmann e col campimetro di Landolt nella semeiotica medico-forense.

Premesse alcune considerazioni sull'importanza dell'esame della sensibilità nella semeiotica medico-legale per riconoscere le più astute simulazioni sulla diagnosi delle nevrosi e psicosi traumatiche, e specialmente sulla diagnosi delle degenerazioni mentali, dà i risultati a cui giunge nell'esame della sensibilità generale e dolorifica col faradimetro di Edelmann, che non fu sinora da nessuno applicato a questo genere di ricerche, e nell'esame della sensibilità retinica col campimetro di Landolt.

Col faradimetro di Edelmann studiò la sensibilità generale e dolorifica su circa 200 individui: professionisti, operai, contadini e ragazzi. Ambo queste sensibilità trovò massima nei professionisti, media negli operai e contadini; la minima sensibilità trovò in ricoverati in istituti di mendicità, fra cui eranvi molti criminali e maggiori degenerazioni. In alcuni veri pazzi morali constatò abolizione completa della sensibilità. Per quanto all'età, trovò la sensibilità generale minore nei vecchi che nei fanciulli. Il campimetro di Landolt usa l'O. per scoprire le più astute simulazioni e per la diagnosi di gravi degenerazioni mentali. Ricorda qui le diverse pubblicazioni da lui fatte su questo argomento, sui criminali, sugli epilettici, sui cretini, e le osservazioni di altri autori, e conclude che quanto più si fanno studii in questa direzione, altrettanto evidente si mostra il rapporto tra sensibilità retinica e sensibilità psichica e l'utilità quindi di tale esame nella semeiotica medico-forense.

Discussione

Dott. **L. Roncoroni** (Torino): Si permette di presentare un altro strumento, il faradireometro di Cerutti, che misura in centesimi di Volta la sensibilità generale e dolorifica, e che egli crede in pratica preferibile a quello dell'Edelmann, perchè è indipendente affatto dalla costanza della pila e perchè dà una misura assoluta della forza elettromotrice per mezzo di un Voltametro.

Prof. P. **Pellacani** (Bologna): Noi assistiamo ad un singolare fenomeno! Cioè di due autori che ci raccomandano due strumenti diversi, garantendoli esatti ognuno per suo conto. Quale scegliere? Ebbene, in tanto lusso apparente non ci sarebbe forse riposta una grande miseria di esattezza? La

fisica insegna la estrema difficoltà ad avere stimoli paragonabili e costanti con le correnti indotte, poichè è noto che la difficoltà non consiste solo nella intensità varia della corrente sviluppata dalla pila, ma anche nella variabilità delle resistenze offerte alla corrente delle due bobine, l'inducente e l'indotta. Bisogna riserbare adunque a maturo esame un giudizio in simile argomento. Il collega Ottolenghi ci ha parlato di una corrispondenza facilmente controllabile fra la sensibilità retinica e la sensibilità morale, o, meglio, senso morale. Veramente molto vi è da dire su questa corrispondenza e sulle condizioni di questo parallelismo. Ma la sensibilità generale è costante nelle 24 ore del giorno? È costante nelle diverse classi e condizioni sociali? Ricorda delle ricerche inedite sulle variazioni della sensibilità, le quali lo pongono molto in riserbo riguardo al parallelismo perfetto e costante accennato da Ottolenghi fra sensibilità generale e senso morale. Il collega Ottolenghi mi risponde che la diagnosi di degenerazione e di criminalità si desume da un complesso di caratteri. Ciò è fuori di discussione attualmente; ora trattiamo delle relazioni fra sensibilità generale e senso morale. Ecco il punto attuale della questione, nella quale i miei dati si allontanano dalla conclusione generale cui viene Ottolenghi.

Ottolenghi: Ammette che il faradimetro di Cerutti sia pure un eccellente strumento; egli dalle numerosissime osservazioni fatte col faradimetro di Edelmann ha potuto convincersi della sua utilità. D'altra parte fa osservare al dottor Roncoroni, che egli nella sua comunicazione tende unicamente a dimostrare il vantaggio dell'esame della sensibilità nella semeiotica medico-forense.

Al professor Pellacani risponde che l'esame della sensibilità non è il solo che va fatto per il diagnostico; il riscontrarsi un carattere solo anomalo, anche l'analgesia, in un individuo creduto normale, ha pochissima importanza; è l'accumulo dei caratteri che costituisce l'importanza del reperto. Questo è l'argomento importante: su cento normali si troverà forse un analgesico, ma su cento delinquenti nati se ne troveranno per lo meno cinquanta.

Prof. **G. Corrado** (Cagliari):

Intorno ad un cranio cefalo-metrografo.

Prima di descrivere l'apparecchio che ho l'onore di presentare in questa Sezione, non posso fare a meno di ricordare uno dei primi istrumenti di precisione dell'antropologia, il cefalometro di Antheline, come che ad esso si avvicini, nel concetto generale, questo ideato da me; e quindi è indispensabile che io rilevi in che i due istrumenti si rassomiglino, in che essi differiscano.

Il cefalometro di Antheline, che rimonta al 1838, è fondato, come loro sanno, sul principio di determinare la posizione dei punti superficiali della testa, mercè il sistema delle coordinate polari. Il centro di proiezione è il punto medio del diametro biauricolare, e la situazione di un qualunque altro punto si determina mercè la sua distanza dal centro e gli angoli che il raggio corrispondente fa con due piani determinati. A tale uopo vi è un

semicerchio graduato che può ruotare intorno all'asse biauricolare; e su di esso scorre un pezzo portante un'asticina di ferro divisa in millimetri, che può muoversi in direzione de'raggi e la cui inclinazione si legge sul semicerchio e su di un altro piccolo cerchio posto sull'asse.

Il cefalometro di Antheline è sostenuto da sei viti di pressione situate, in posizioni fisse, su di un anello ovale, che circonda dall'avanti all'indietro la testa in modo che una delle viti possa stringere una specie di placca sulla radice del naso, due altre sulle regioni zigomatiche e le altre tre indietro ed a' lati della regione occipitale. Ora questa maniera di sostegno non è affatto solida, e perchè sui tessuti non si può fare una pressione molto energica, e perchè l'appoggio delle viti laterali capita in punti variabili, e spesso poco opportuni, ne' varii individui.



Ora io mi ero proposto, ed ho conseguito, con l'apparecchio che dimostro oggi, non solo la possibilità delle misurazioni, ma anche della riproduzione grafica delle curve della testa e del cranio, tanto di quelle situate su' piani passanti per l'asse biauricolare, o per qualunque altro asse orizzontale, quanto di quelle situate su piani paralleli, sia al piano frontale, sia al piano sagittale.

Con questo istrumento inoltre si può rilevare il profilo della faccia, si possono misurare gli angoli auricolari e l'angolo facciale, e, mercè l'aggiunta di un piccolo pezzo, può servire anche come il cefalometro dianz

descritto. Inoltre io ho ideato una maniera di appoggio che presenta la massima solidità, sia che si esperimenti sul vivente, sia che si esperimenti sul cranio.

Ecco ora come si realizzano queste condizioni nell'apparecchio che loro veggono già disposto a funzionare per il cranio.

Le sue parti essenziali sono: un cerchio graduato, che io dispongo orizzontalmente secondo il piano di Thering, ma che si può disporre o più in alto o più in basso, fino al piano di Camper, secondo che si crede più opportuno; ed un semicerchio, pure graduato, il quale si può disporre secondo tutti i meridiani della sfera, che ha per asse i due perni, i quali alla loro volta possono prendere tutte le posizioni sul cerchio orizzontale, mercè alcuni pezzi disposti in modo da aversi un facile scorrimento; cosicchè è



agevole la determinazione degli angoli. Inoltre sulla guida di due strisce rettilinee di ottone, che si possono togliere e mettere a piacere, il semicerchio può spostarsi per il percorso di 20 cm. in direzione del diametro antero-posteriore ed in direzione di quello trasversale.

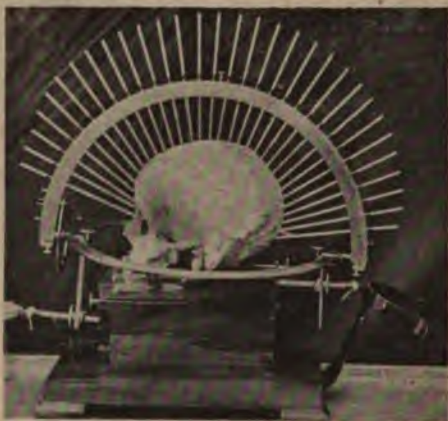
Ora entriamo un po' più addentro ne' particolari.

Al cerchio orizzontale è annesso tutto ciò che serve per il movimento del semicerchio e per l'immobilizzazione dell'istrumento; l'esamineremo dopo smontando l'apparecchio.

Il semicerchio ha il diametro interno di 34 cm., la spessezza di 5-6 mm. ed è perforato in direzione de' raggi, di cinque in cinque gradi. Ne' due buchi che corrispondono al diametro si accolgono i perni che fanno da assi di rotazione, per gli altri passano delle asticine di osso, le quali hanno la lunghezza di 15 cm. e possono scorrere a sfregamento dolce attraverso il semicerchio; e per assicurare vieppiù la loro immobilità in una posizione qualunque, su ciascun foro vi è un tubolino di ottone spaccato in croce, in modo da avere una certa elasticità.

Fissato il semicerchio in una data posizione (e ciò può farsi di cinque in cinque gradi, mercè una caviglia a molla che penetra ne' fori del piccolo cerchio situato ad uno de' lati), le asticine vengono abbassate fino a toccare la superficie da rilevare; dopo di che si scompone il semicerchio, che è divisibile in due metà (a fine di poterlo togliere senza spostare le asticine), e poscia, ricompostolo, lo si adagia sul tavolo, e su di un foglio di carta larga si disegna la curva tracciata dalla punta delle asticine. Si segna il diametro ed il suo punto medio, riserbandosi di controllare, ad operazione finita, se con questo punto coincida il centro del diametro biauricolare, per poter correggere le differenze che per avventura vi fossero.

In tal modo si disegnano tutte le curve che si desiderano, e quelle della stessa natura si possono sovrapporre nello stesso foglio di carta,



prendendone una come base del sistema e segnandola, per esempio, in nero, e segnando in rosso ed in blù quelle che sono al di là ed al di qua di essa. In tal modo il paragone si fa agevolmente e rapidamente.

Come ho già accennato, mercè l'aggiunzione di due guide rettilinee, divise a millimetri, che si fissano con viti parallelamente tra loro e tangenti agli estremi del diametro trasversale o antero-posteriore, il movimento angolare del semicerchio si cambia in movimento di scorrimento in direzione antero-posteriore o trasversale.

Per chi non voglia servirsi de' movimenti angolari, ma voglia solo rilevare le curve su' piani paralleli a quello frontale ed a quello sagittale, l'apparecchio si può di molto semplificare, perchè se qualche po' di complicazione vi è, essa è dipesa dall'avere voluto rendere possibili tutti i movimenti.

Nel cerchio orizzontale esistono due pezzi auricolari, ne' quali scorrono due cilindretti di ottone, che possono essere fissati in una qualsiasi posizione da viti di arresto, e che sono opportunamente disposti, alcuni per adattarsi al condotto uditivo del vivente, altri a quello del cranio. E ve

ne ha di varia lunghezza dell'una e dell'altra specie. Una graduazione millimetrica permette di accertarsi se le punte di questi pezzi che penetrano nell'orecchio siano egualmente distanti dal centro di tutto l'apparecchio.

Sul cerchio orizzontale scorrono due quadrilateri fenestrati di ottone; ad essi sono annessi i perni di rotazione, che trovansi all'estremo dello stesso diametro e restano sempre così, qualunque posizione prendano, perchè legati tra loro da un cerchietto più sottile nascosto sotto del primo.

Per sostenere l'apparecchio, anteriormente e posteriormente si fissano con viti due robusti rettangoli metallici, scanalati nel mezzo, dove scorre un pezzo che alla sua volta porta un'asta quadrangolare, mobile, in direzione del proprio asse; e così le aste suddette, che possono spostarsi da sotto in sopra e da avanti in dietro, prendono appoggio sullo speciale craniostato che qui vedono.

Quando poi si tratta di sperimentare sul vivente, a queste due aste si aggiungono dei pezzi speciali, uno adatto a prendere solido appoggio sulla nuca ed un altro che porta solidamente fissata una tavoletta di legno, che viene stretta tra' denti. Questi pezzi aggiunti, che sono suscettibili di tutti i movimenti nel piano sagittale, a fine di adattarsi a' varii individui, dopo l'adattamento vengono solidamente immobilizzati da viti di pressione.

Valendosi di un'asticina divisa in millimetri e scorrevole in modo che la sua punta sia sempre diretta al centro, questo apparecchio può funzionare pure come il cefalometro di Antheline.

Togliendo i due rettangoli che servono per fissare il cerchio orizzontale ed invitando l'individuo in esame a sostenere con le due mani i pezzi auricolari in corrispondenza del condotto auditivo, inclinando verso il petto il cerchio stesso, e disponendo il semicerchio nel piano sagittale, con le asticine mobili si può rilevare il profilo della faccia. E questo metodo presenta il vantaggio di permettere il riferimento de' varii punti del profilo ad un centro fisso, e quindi la possibilità di determinarne le distanze dal centro stesso.

Le misure della testa e del cranio si possono prendere benissimo sulle curve già disegnate; anzi è più facile, mercè la sovrapposizione delle curve omonime successive, di apprezzare quali siano le dimensioni massime.

In quanto al craniostato, esso è costituito da una base di legno, alla quale è sovrapposta una specie di parallelepipedo, pure di legno, la cui metà posteriore è fissa e la metà anteriore è mobile, e si può fissare a varie altezze.

Il cranio è immobilizzato per mezzo di due placchette ricurve di ottone, le quali, mercè una vite continua, si possono allontanare tra loro, e che sporgono sul piano della metà posteriore. Esse si fanno capitare nel fóro occipitale e si adattano a' segmenti anteriore e posteriore del suo contorno.

Finalmente la parte anteriore del cranio è immobilizzata da lunghe viti, che si possono spostare in vario senso, in modo da raggiungere in punti diversi l'osso mascellare superiore.

Quinta Seduta.

3 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. D. Toscani (Roma).

Prof. **P. Pellacani** e dott. **Folli** (Bologna):

Sulla natura e sul decorso della rigidità cadaverica.

Nella scienza le opinioni sulla natura dei fenomeni o sulle leggi che li governano nascono, come sempre, da somiglianze e dissomiglianze fra un certo ordine di fatti finchè si determina quell'armonia che decide della comparsa di una legge che vige in un dato periodo della scienza.

Così fino a' giorni nostri si è detto e ripetuto che la rigidità cadaverica è il risultato della coagulazione di un albuminoide muscolare (miosina) per ciò che questo albuminoide coagula presto fuori del muscolo morto, per ciò che i dissolventi chimici di questo albuminoide dissolvono la rigidità (es. cloruro sodico 10 per cento), per ciò che a 0° non irrigidisce il muscolo come non coagula la miosina, per ciò che come a 40° si ha la coagulazione dell'albuminoide in vitro, si ha ancora una rapida ed improvvisa rigidità del muscolo, per ciò che si è affermato un parallelismo completo e perfetto fra coagulazione della miosina nel muscolo e coagulazione del sangue. In conclusione, scriveva Kühne 30 anni or sono, tutto il decorso della rigidità, tutte le particolarità di questo fenomeno sono riferibili alla coagulazione del plasma muscolare nell'ambiente acido del muscolo. Ecco la legge dell'armonia di una somma di somiglianze messe in rilievo con somma maestria dal Brücke e dal Kühne, d'onde la teoria chimica che sostituì la dottrina antica della rigidità quale ultima contrazione vera e propria del muscolo.

E la legge di armonia ha continuato fino a questi giorni; ed il parallelismo fra il fenomeno chimico in vitro e quello fisiologico nel muscolo continua fino a' nostri giorni: ed or ora un nostro italiano, Cavazzani, rileva nell'ossalato di potassa l'anticoagulante della miosina, il mezzo chimico inibitore della rigidità muscolare.

Eppure in tanta armonia di corrispondenze nei fenomeni e chimici in vitro e chimici nel muscolo morto, il critico avrebbe avuto campo di osservare che l'analogia tanto ripetuta fra coagulazione del sangue e coagulazione della miosina presentava delle immense lacune. Kühne osserva che provocano pronta rigidità cadaverica l'KH^3, gli acidi diluiti, i sali di K, i sali degli acidi biliosi, il CO^2; eppure era noto che NH^3, sali alcalini, CO^2, acidi deboli, precipitando le sostanze fibrino-plastiche, ritardano ed impediscono la coagulazione del sangue.

Nè la disarmonia finisce qui. Kühne insegna che cloroformio, etere, alcool, olii eterici, caffeina, non pochi alcaloidi determinano una rapida rigidità, mentre invece non è provato che altrettanto avvenga della coagulazione della miosina o delle sostanze fibrino-plastiche; anzi Hermann dimostra che cloroformio e cloralio ritardano la comparsa della rigidità. Ma poi i fatti di disarmonia e di dissomiglianza si sono aumentati: è stata

rinnovata sotto aspetto moderno l'antica teoria dinamica della rigidità dall'Hermann e dal Brown-Séquard, la quale, non abbiamo bisogno di dimostrarlo, è in perfetto antagonismo col fatto puro e semplice della coagulazione della miosina come fatto chimico essenziale nel fenomeno cadaverico, e noi che seguiamo da vicino le vicende sulle teorie dell'irrigidimento per le applicazioni molteplici nella medicina forense, per le anomalie e per le leggi stesse di decorso e di durata che tanto ci interessano, non abbiamo potuto resistere al desiderio di portare, fra le due teorie e fra i fatti che ad esse rispettivamente conducono, il modesto contributo della nostra ricerca.

Abbiamo cominciato coll'indagare quale sia il reale fondamento dei fatti chimici che si ammettono come fondamentali nella teoria chimica della rigidità muscolare. Secondo questa, dal Kühne ai nostri giorni rigidità e coagulazione della miosina nell'ambiente acido del muscolo. Alcalinizzare il muscolo vuol dire sciogliere la rigidità. Eppure la scienza possiede una classica esperienza di Bernard, che contraddiceva a questo assioma fondamentale; eppure Richet confermava l'esperienza di Bernard, osservando rigidi dei muscoli alcalini. Ma si dirà che queste esperienze esprimono delle condizioni troppo speciali e delle pure eccezioni. Ebbene, noi le abbiamo estese a tutte le serie degli animali, da quelli a sangue freddo ai mammiferi, ed abbiamo appreso le seguenti cose:

1. Che l'irritabilità muscolare ha veramente maggior durata negli animali avvelenati con alcali, ossia che il muscolo alcalino persiste di più nelle condizioni della vita, sia che l'animale in toto venga avvelenato durante la vita con alcali, o si pratichi l'iniezione del liquido alcalino nel sistema muscolare.

2. Che l'irritabilità muscolare può durare fino a 7, 8 ore nei muscoli resi artificialmente alcalini, mentre invece negli animali avvelenati con acidi diluiti nella prima ora cessa l'irritabilità muscolare.

3. Che è vero compare prima la rigidità negli animali che subirono un avvelenamento per acidi, ma non manca mai negli animali i cui muscoli sono resi fortemente alcalini, e quando è comparsa perdura a lungo tanto quanto negli animali avvelenati con acidi. Non parliamo solo di animali a sangue freddo, ma anche di mammiferi.

4. È vero che in animali avvelenati con alcali o che subirono una levatura protratta del sistema muscolare con soluzioni alcaline, la sostanza muscolare post mortem riprende lentamente la reazione acida; eppure se si ripete la iniezione dell'alcali, permane rigido il muscolo alcalino.

5. Si è detto nella pratica della medicina legale che vi hanno dei veneficii nei quali la rigidità si verifica *ipso facto post mortem*, e perfino nel periodo agonico; e che questa rigidità è assai prolungata, perchè quei veneficii decorsero con convulsioni, durante e per le quali avvenne iperacidità del muscolo. Ciò non è esatto per tutti i casi. Abbiamo visto morire dopo convulsioni muscolari protratte degli animali; es.: nell'avvelenamento per cocaina; ebbene, l'acidità dei loro muscoli non è punto maggiore, anzi minore di animali morti per cause non tossiche, e senza convulsioni; es.: per emorragia. Naturalmente abbiamo determinata quantitativamente la quantità di acidi muscolari a mezzo di soluzioni titolate di potassa, in cui si immergeva un determinato peso di sostanza muscolare per un dato tempo.

Non andiamo più oltre e fermiamoci a questo punto concludendo: manca ogni costanza e regolarità di corrispondenza fra il fatto dell'acidità

del muscolo e quello della rigidità cadaverica. Ecco un primo risultato che infirma uno dei capisaldi della teoria chimica dell'irrigidimento cadaverico. Ma ben altri fatti noi andammo raccogliendo che ci hanno convinti delle grandi dissomiglianze fra coagulazione della miosina in vitro e rigidità cadaverica del muscolo morto.

In una seconda serie di esperienze noi provammo un esteso numero di sostanze nella loro azione anticoagulante della miosina estratta dal plasma muscolare a 0° e rispettivamente sul muscolo sul quale la facevamo agire con protratte iniezioni. Ed ancor qui trovammo affatto destituito di fondamento il supposto parallelismo fra proprietà coagulanti del sangue e proprietà coagulanti della miosina. Questa è indifferente alla glicerina, allo zucchero, ai fermenti che impediscono la coagulazione del plasma sanguigno.

Chè se noi iniettiamo prolungatamente sì da provocare un vero edema muscolare, quelle sostanze che in vitro dimostrano azione anticoagulante della miosina, quali soluzioni di sali di K, di soda, di magnesia, cloruro ammonico, ossalato di potassa, secondo Cavazzani, e vediamo che queste sostanze non impediscono la rigidità muscolare, chiaro è che questa ha ben altri fattori che non sieno il puro e semplice fatto chimico della coagulazione della miosina.

Noi abbiamo iniettato per la via dell'aorta addominale nel sistema muscolare delle rane o dei mammiferi le soluzioni di solfato di Na al 5 per cento di ammoniaca, al 5 per cento di solfato di magnesia, al 10 per cento di cloruro ammoniaco, al 5 per cento di ossalato potassico, al 5 per cento di cloruro sodico ed ammonico, perfino al 10 per cento, senza che la rigidità sia mancata, epperò noi concludiamo che le dissomiglianze superano le somiglianze in ordine alla teoria chimica della rigidità. Anzi aggiungiamo che la rigidità in queste condizioni nelle quali i muscoli erano pallidi ed edematosi per le protratte iniezioni non fu notevolmente ritardata od abbreviata.

Concludendo, brevemente diremo:

1. Che difetta di basi l'affermata corrispondenza fra coagulazione della miosina e coagulazione del plasma sanguigno. Sostanze che impediscono quest'ultima non danneggiano la prima.

2. Che le sostanze anticoagulanti in vitro della miosina fatte agire sul muscolo non inducono modificazioni rilevanti della rigidità.

3. Che i fermenti peptici e diastasici — noti mezzi anticoagulanti del sangue — non manifestano nessuna corrispondente azione nè sulla miosina in vitro, nè sulla rigidità cadaverica.

Noi siamo così venuti raccogliendo dei fatti che a nostro avviso scuotono la tranquilla atmosfera di armonie fra fenomeno chimico in vitro e rigidità del muscolo morto.

Ma non ci siamo qui arrestati. D'un altro ordine di dati abbiamo approfittato. Se la rigidità è un fatto di puro ordine chimico, è chiaro che anche la sua scomparsa dovrebbe essere regolata dalle stesse leggi. Impedire l'alcalinità del muscolo, la decomposizione interna del muscolo, vorrebbe dire protrarre indefinitamente la rigidità, ossia la coagulazione dell'albuminoide muscolare. Ecco la ragione di un'altra serie di esperienze di cui, riassumendo i risultati, diremo:

Che muscoli mantenuti in ambienti asettici ed esenti da decomposizione, in ambienti di cloroformio, naftalina, o col mezzo di iniezioni sulla

sostanza muscolare di sostanze asettiche, quali gliceroborato sodico, indifferenti sugli albuminoidi, ma capaci di differirne i processi di decomposizione, non per questo prolungano la durata della rigidità.

Senonchè dopo raccolte tali e tante dissomiglianze fra il fenomeno della rigidità ed il fatto chimico che fino ad oggi si è ammesso poteva spiegare la natura ed il decorso, se a noi si chiedesse di procedere senz'altro ad un lavoro d'indole diversa, ad un lavoro cioè di ricostruzione e di somiglianze, non potremmo nascondere le difficoltà del compito, per quanto ci siamo occupati nelle seguenti due serie di esperienze di questo problema. Noi tutti conosciamo la teoria nervosa della rigidità, l'autorità dei nomi che la sostengono, le particolarità dei fatti che intende spiegare, soprattutto il fenomeno della rigidità catalettica e dello spasmo cadaverico che segue immediatamente all'arresto della circolazione o precede talvolta questo evento, ma francamente essa pure non è esente da dissomiglianze e da lacune. Il nostro Tamassia ne ha poste in evidenza alcune, fra cui quella che il taglio dei nervi non modifica sensibilmente la comparsa ed il decorso del fenomeno nelle due metà del corpo.

Noi stessi, variando queste esperienze, non riuscimmo a porre in chiara evidenza l'influenza postuma del sistema nervoso. Noi abbiamo ricorso alla stimolazione protratta dei nervi, alla irritazione dei centri nervosi post mortem, senza risultati. Invece si ottengono i risultati, cioè si riesce alla modificazione della comparsa e del decorso della rigidità quando si operi parecchie ore prima della morte generale dell'organismo, quando cioè si dia campo a modificazioni di ricambio nel tessuto muscolare. Ciò colla maggiore evidenza vedemmo in animali ai quali ledemmo la zona motrice fino ad ottenere l'effetto della paralisi dal lato opposto. Allora vedemmo nei cani decorrere più tardi la rigidità nel lato paralizzato. Non vogliamo con ciò negare i fatti da altri raccolti, ma nemmeno nascondere la difficoltà grande a riconoscere questa influenza quando il tessuto muscolare non abbia durante la vita risentiti gli effetti della mancata o della abnorme influenza nervosa. Ma un altro ordine di fatti e di circostanze ha richiamato la nostra attenzione nell'ultima serie di esperienze, tanto che senza la pretesa di sollevare qui una teoria nuova della rigidità, non possiamo a meno di tenerne parola. Noi abbiamo cioè osservato che singolarmente rapida e protratta è la rigidità cadaverica quando si facciano agire sul muscolo speciali sostanze che formano dei prodotti fisiologici del consumo del muscolo vivente e del muscolo morto. Tali, sopratutto, l'acido lattico e l'acido fosforico.

Così noi abbiamo imparato a conoscere delle sostanze che senza essere dei prodotti normali di consumo del muscolo funzionano da stimoli locali per una rapida e protratta rigidità. Es.: l'acido tartarico.

In conclusione: la rigidità è per noi una vera e propria contrazione, ma soprattutto determinata dall'azione stimolante locale sulla fibra muscolare di determinati corpi che vi agiscono da stimoli in situ.

Chè se anche troppo non avessimo abusato della pazienza dei nostri uditori, vorremmo provare come questa nostra conclusione sia quella che può meglio rendere conto delle anomalie e delle leggi fisiologiche di decorso e di durata della rigidità. Intanto sta il fatto noto che una lavatura del muscolo con sostanze indifferenti riesce a togliere la rigidità; fatto che

non si spiega colle teorie oggi dominanti. Intanto sta il fatto noto che per spiegare le anomalie della comparsa e del decorso della rigidità i medici legali hanno avuto sempre ricorso sopratutto allo stato nutritivo ed alle condizioni di riposo o di esaurimento e di lavoro del muscolo. Così per spiegare l'azione di certi veleni, es. stricnina e veleni convulsivanti, sulla rigidità si è sempre chiesto il tempo di durata del lavoro muscolare eccessivo, o viceversa la durata della paralisi. Insomma al muscolo e sopratutto allo stato del muscolo si è sempre domandata la spiegazione di molti fatti eccezionali riguardanti la rigidità. Ebbene, secondo noi, ciò è legittimo, ciò sta in accordo coi fatti che abbiamo ora esposti succintamente.

Dott. G. **Perrando** (Genova):

Considerazioni medico-legali sopra la paralisi generale progressiva.

Il dottor Perrando espone un caso di paralisi generale progressiva in cui tutta la sintomatologia classica sarebbe esplosa immediatamente dopo trauma subito al capo, per cui ebbe occasione di stendere perizia. Dimostra con alcuni fatti, come quantunque latenti, dovessero già esistere in quell'individuo lesioni del sistema nervoso centrale proprii della paralisi generale, per cui il trauma determinando un leggero insulto apoplettico, ha pure determinato in via collaterale i disturbi classici della demenza paralitica. Osserva come nei casi descritti in cui il trauma stava come momento etiologico era di una certa entità e la malattia insorse a distanza. Ammette però che vi debbano sempre essere condizioni ereditarie od acquisite speciali perchè il trauma determini con varie forme queste croniche meningo-encefaliti.

Avendosi avuto nel caso esposto un rapido miglioramento con adatta cura in manicomio, crede appunto che quelle stesse alterazioni indotte dal trauma in modo acuto e che aggravarono le condizioni dell'infermo, risolvendosi lo hanno lasciato nelle condizioni del primitivo naturale decorso del morbo.

L'O. accenna alla difficoltà diagnostica differenziale con una pseudo-paralisi d'origine alcoolica o sifilitica, avuto specialmente riguardo al rapido e notevole miglioramento. Nel caso attuale mancano dati per ammetterle. Tuttavia, dal lato medico-legale, il ferito in queste circostanze, prescindendo dalla forma classica, deve riandare più che sia possibile alla considerazione delle condizioni anatomiche capaci di spiegare i fatti che al trauma susseguono.

Ammette come in molte forme che vanno sotto il nome di pseudo-paralisi si riscontrano lesioni anatomiche che, prescindendo dalle gravità, topografie, ecc., sono analoghe alle lesioni della vera paralisi generale. Si tratta, in ogni caso, d'avvelenamento del sistema nervoso (alcool, sifilide, piombo, pellagra, morfina, toxine, ecc.). Per cui se nel campo clinico forse saranno utili queste scolastiche distinzioni, l'O. vedrebbe di buon grado accomunate queste forme nel campo anatomico, di modo che il perito, pensando alle alterazioni anatomiche, potrà accertare se ed in quale misura il trauma può avere determinate od aggravate le condizioni d'individui che presentano fenomeni clinici di meningo-encefaliti croniche.

Assume la presidenza il prof. De Crecchio (Napoli).

Dott. **S. De Sanctis** (Roma):

Nuove ricerche sul campo visivo dei criminali.

Si tratta di ricerche nuove su circa 35 delinquenti. Insisto sul metodo da me usato nella ricerca: io esaminai il campo visivo molte volte sullo stesso soggetto, notando ogni volta l'ora, gli antecedenti prossimi riguardo al vitto, ai sogni, alla tonalità affettiva dell'individuo. Dalle mie recenti ricerche si hanno queste risultanze: *a*) Esistono asimmetrie tra campo dell'O.D e campo dell'O.G, come dissi fin nella mia prima memoria, come hanno confermato recentemente Dotto e De Bono (*Occhio degli epilettici*, Palermo); *b*) Il campo visivo dei pazzi morali e degli epilettici varia facilmente. Tal variabilità, che si osserva al di fuori di qualsiasi crisi, di qualsiasi emozione apparente ecc., è dovuta a molteplici cause senza dubbio; ma credo che spesso, se non sempre, sia dovuta a una speciale stancabilità psicologica, a deficienze nel processo della percezione. Non ho fatti concreti e dimostrativi per cui sia provata una stancabilità retinica speciale nei pazzi morali. Dato il concetto della variabilità, perdono del loro valore le emiopie parziali frequenti, secondo l'Ottolenghi, nel senso verticale nei criminali e le insenature, alla cui topografia in addietro si teneva tanto nella scuola del Lombroso. Resta però il fatto, che un campo visivo il quale nei molteplici, successivi rilievi, presenti, per lo più, insenature, parziali deficienze, irregolarità della linea-limite, debba ritenersi per un campo visivo proprio di pazzi morali e di epilettici degenerati. Se non che, non escludo che un tal campo visivo possa trovarsi anche fra gli isterici, come non posso affermare che tal campo visivo sia proprio di tutti i criminali ed epilettici. Finisco insistendo sopra un fatto più generale già da me messo in rilievo altra volta: « il variare profondamente del reperto perioptometrico mentre il soggetto si trova nelle sue abituali condizioni psichiche e in special modo nelle sue abituali condizioni di tonalità affettiva, è indice di inferiorità nelle funzioni nervose. »

Discussione

Prof. **S. Ottolenghi** (Siena): Non potevo desiderare miglior conferma alle mie osservazioni iniziate nel 1889 e continuate da me sin oggi e di cui comunicai ieri a questa Sezione. Il De Sanctis non solo conferma la relazione del campo visivo colle condizioni psichiche, la stancabilità psicologica e non già retinica dei degenerati, l'importanza dell'esame della periferia del campo visivo e la frequenza delle anomalie del campo visivo nei pazzi morali, ma ci dà nuovi caratteri, l'asimmetria del campo visivo nei due occhi e la variabilità frequente del campo visivo nei degenerati.

Io però prendo l'occasione per insistere sul metodo di esame: occorre usare una immagine non superiore di 20 mm: ed il campimetro di Landolt, in modo costrutto che si possa far direttamente il diagramma del campo visivo, e far precedere sempre l'esame del fenomeno della stanchezza.

De Sanctis: Sono lieto di sentire il prof. Ottolenghi far plauso alle mie ricerche. Ciò mi assicura sempre più che una parte delle sue idee si sono modificate dal 1889 a oggi. Egli ha detto che restringe i suoi già

troppo larghi concetti sulla specificità di certe anomalie perimetriche nei pazzi morali ed epilettici, ed accetta il mio concetto della variabilità. Sicchè, a parte la statistica, si può dire che noi ci troviamo d'accordo. Ringrazio il prof. Ottolenghi delle sue espressioni lusinghiere.

Dott. **E. Coraini** (Bologna):

Osso parietale diviso in cranio di ladro e studio critico di esso.

Riserbandomi di esporre in una speciale pubblicazione ampiamente le notizie ed i fatti raccolti relativamente a questa anomalia dirò di essa qui le cose più importanti.

Dai trattati di anatomia moderni e da quelli dei nostri antichi anatomici risulta che da tempo era nota la divisione del parietale in due pezzi, uno superiore ed uno inferiore, mediante una sutura trasversale soprannumeraria, o sutura sotto-sagittale di Pozzi; che rarissima poi era ritenuta la divisione del parietale mediante una sutura soprannumeraria verticale.

Io ho osservato il parietale destro, di un cranio di ladro, diviso incompletamente in un pezzo anteriore ed in un pezzo posteriore da una sutura soprannumeraria verticale che parte dalla sutura squamosa del parietale e sale in alto ed in dietro convergendo alquanto colla corrispondente branca della sutura lambdoidea.

In un cranio di Hapale Jaccus ho visto il parietale destro diviso in un pezzo anteriore ed in un pezzo posteriore da sutura soprannumeraria verticale; il parietale sinistro è diviso in due pezzi pure, ma incompletamente, da una sutura obliqua.

In un cranio di Cercopshecus il parietale sinistro è diviso da sutura soprannumeraria verticale in due pezzi, uno anteriore ed uno posteriore.

Questi due casi sono gli unici che ho potuto raccogliere per la parte comparativa esaminando il materiale dei musei di antropologia ed anatomia di Bologna e di Roma. L'anomalia è più frequente nei cranii maschili che nei femminili, cioè più frequente nell'uomo che negli altri animali.

A partire da Van Doeveren e Tarin (1753) e a venire fino a Bianchi (1893) sono registrati nella letteratura 29 casi di parietale diviso; colle tre osservazioni fatte da me i casi salgono a 32 ed i parietali divisi sono 36.

Queste osservazioni si riferiscono a cranii non solo di adulti ma ancora a cranii di feti delle varie età della vita extra-uterina, dai 3 ai 9 mesi.

Vario è il modo di divisione del parietale, sia rispetto al numero delle suture soprannumerarie, sia rispetto al loro decorso.

Rispetto al numero, per i casi finora noti, una sola volta (Fusari) si sono vedute due suture soprannumerarie; una era verticale e divideva il parietale destro in due pezzi, uno maggiore anteriore quadrato, ed uno minore posteriore, alto e stretto. Questo era diviso, alla sua volta, da una sutura trasversale, in un pezzo superiore minore, ed uno inferiore maggiore rettangolare.

Quando si ha una sola sutura soprannumeraria, si hanno i seguenti modi di divisione del parietale:

a) La sutura trasversale (sutura sotto-sagittale); il parietale è diviso in un pezzo superiore ed in uno inferiore; alle volte il primo è maggiore per estensione, alle volte il secondo.

b) La sutura è obliqua e decorre: o dall'angolo occipitale all'angolo sfenoidale del parietale, o da un punto della branca della sutura lambdoidea ad un punto della sutura squamosa del temporale dello stesso lato, ed il parietale è diviso in un pezzo superiore anteriore ed in uno inferiore posteriore.

c) La sutura è spezzata, parte da un punto della sutura lambdoidea che sta alquanto al disopra dell'anteriore, decorre per un breve tratto trasversalmente e per un tratto maggiore (circa tre quarti) diagonalmente secondo la diagonale mastoidea frontale del parietale, terminando nella sutura coronale più o meno vicino all'estremo anteriore della sutura sagittale; i pezzi separati sono uno superiore posteriore, uno inferiore anteriore.

d) La sutura è spezzata a squadra, con una branca verticale che parte dalla sutura squamosa del temporale, ed una trasversa che raggiunge la corrispondente branca della sutura lambdoidea. Il parietale è diviso in due pezzi, uno posteriore inferiore più o meno rettangolare all'angolo mastoideo del parietale, e l'altro anteriore superiore.

I casi *a*, *b*, *c* provano che il parietale può eccezionalmente sorgere da due punti di ossificazione, uno superiore anteriore, uno inferiore posteriore. Il vario andamento della sutura e la varia forma dei pezzi ossei separati, credo che sia dipendente dalla posizione reciproca occupata dai due punti di ossificazione al loro insorgere e dalla loro varia energia di sviluppo.

I casi *d* possono trovare la medesima spiegazione; mi sembra però più probabile, che in questi casi il perietale si debba ritenere sorto per tre punti d'ossificazione, come osservò Fusari una volta. Allora il pezzo inferiore posteriore corrisponde al pezzo inferiore dei due pezzi posteriori del parietale ripartito ed il rimanente parietale corrisponde ai rimanenti pezzi anteriori e posteriore-superiore fusi insieme.

L'anomalia ha significato morfologico ossia autofilogenetico? Credo che no. In nessun animale inferiore all'uomo si ha un tale fatto come costante. Può allora essere un fatto di nuova formazione?

Si può ammettere che l'insorgere del parietale da più punti di ossificazione sia un fatto accidentale che incomincia a presentarsi nei mammiferi superiori (scimie) e tende a fissarsi nell'uomo, dove sarebbe utilizzato in quei casi nei quali il contenuto cranico essendo per idrocefalia o per altra cagione di un enorme volume, l'insorgere dei parietali da più punti di ossificazione presenterebbe una condizione favorevole al completamento della scatola ossea cranica.

Però non insisto su questa ipotesi, che enuncio con molta riserva. Può essere solamente un fatto anomalo accidentale, simile a quello dello insorgere degli ossi accessorii vormiani, e può ripetere la medesima causa, come già accennò Calori, cioè l'idrocefalia.

Dott. **E. Coraini** (Bologna):

Emicenturia di cranii di delinquenti.

I cranii studiati sono quarantanove, dei quali trentacinque di ladri, ed i rimanenti o di feritori o di omicidi passionati; eccetto uno di individuo condannato per ribellione, sono cranii quasi tutti bolognesi. I cranii li ho misurati secondo la *Frankfurter Verständigung*, li ho classificati secondo il metodo di Sergi, e li ho descritti singolarmente. Ometto le descrizioni,

non compatibili con l'indole di una breve comunicazione, e mi limito a dare la somma delle anomalie:

	Numero delle osservazioni	Percentuale
Plagiocefalia	7	14.2
Glabella molto sporgente	12	»
Arcate sopraciliari	18	»
Accenno di cresta frontale di Nicolucci	9	»
Solchi per i vasi e nervi frontali	3	»
Sutura metopica	8	16 3
Sutura parieto-frontale (pterion retourné)	2	»
Epipterico (comprendendo i casi di epipterico tipico, anteriore, posteriore, e le ossificazioni complementari dell'angolo sfenoidale, del parietale e della grande ala dello sfenoide (3 casi) in cranii	9	»
Apofisi mastoidee molto grosse	8	»
Apofisi mastoidee molto piccole	12	»
Depressione parieto-occipitale di Mingazzini	3	»
Inion molto grosso sporgente	6	»
Platibasia con faccetta probabilmente articolare nel contorno posteriore del foro occipitale	2	»
Foro condiloideo doppio	2	»
Un semicanale anomalo dall'un foro, condiloideo anteriore dall'altro	1	»
Fossa occipitale mediana	5	9.8
Fossetta emisferica al torcular Erophyli	1	»
Processi paraoccipitali (di piccolo sviluppo, per solito uniformi)	6	»
Terzo condilo (rappresentato o dai tubercoli bassi cavi o senza peduncolo)	5	»
Osteofiti del clivus sfeno-basilare	3	»

	Numero delle osservazioni	Percentuale
Canale o foro basilare	10	
Fossetta faringea (tenuto conto anche delle fossette poco profonde)	6	»
Foro del Civinini da ossificazione del ligamento pterigo-spinoso	2	»
Foro da ossificazione del ligamento crotafitico buccinatorio	1	»
Foro palatino	9	»
Creste palatine limitanti un semicanale	5	
Asimmetrie facciali	9	
Fessura orbitaria inferiore diritta, stretta con o senza clava	8	
Fessura orbitaria inferiore larga, con larga clava	3	»
Dei quattro ossetti nasali accessorii distinti da Valenti: i due interni	1	»
Apertura piriforme bassa e larga	3	
Incisura nasale:		
a) a bordo arrotondato	5	
b) a bordo sdoppiato	5	
c) clivus naso-alveolaris	2	
Apofisi lemurinica [1]) senza distinguere le varie forme	20	
Foro mentoniero: mancante a sinistra	1	
Foro mentoniero: soprannumerario a destra	3	»
Foro mentoniero: soprannumerario a sinistra	1	»
Un solco anomalo, superficiale, dall'uno all'altro foro mentoniero	1	»
Apofisi coronoidee più alte dei condili mandibolari	2	
Canini grossi sporgenti a punta	1	»
Esostomi eburnei	2	
Traccie di traumi (cicatrici ossee, depressioni)	4	

[1]) È in rapporto a mio avviso coll'ipercurigonia constatata in questi cranii.

I dati craniometrici hanno messo in rilievo due fatti, uno già noto, cioè la prevalenza della brachicefalia pei cranii bolognesi, ed uno che credo non sia stato ancora fatto risaltare. Ardù aveva richiamato l'attenzione sulla lunghezza del diametro biangolare della mandibola e G. Mingazzini, in un recente lavoro, propose ed introdusse una classificazione dei cranii relativa a questo diametro. Dei 49 cranii neppur uno ha riscontrato iperstenogone (sotto i mm. 85); 5 sono stenogoni (85-90 mm.); 13 sono mesogoni (90-95 mm.); 11 sono eurigoni (95-100 mm.); 20 sono ipereurigoni (da 100 mm. a più). Con questa prevalenza dell'ipeŕeurigonia sta in relazione la frequenza con cui si incontra in questi cranii l'apofisi lemurinica, e la frequenza con cui si incontrano faccie grandi di aspetto quadrato o rettangolare.

Le varietà presentate da questi cranii sono le segnate nel seguente

Catalogo.

Ellipsoides medius 3, parvus 1.
1. Ellipsoides isoclitos: *a*) medius 827-1360 (1443-1373);
2. Id. stegoides: *a*) medius 1348 (1355);
3. Id. isopericampylus: *a*) parvus 837 (1195).

Ooides megas 3, medius 2, parvus 4.
1. Ooides isocampylus: *a*) megas 844-792 (1530-1503);
b) medius 846 (1487);
c) parvus 845-1365 (1330-1317).
2. Id. cycloides . . *a*) megas 828 (1517);
3. Id. sphyroidopistocranius: *a*) medius 1346 (1420);
4. Id. epiopisthius . . . . . . *a*) parvus 1367-830(1230-1316).

Platycephalus megas 2, medius 5, parvus 5, micros 1.
1. Platyceph. ovoidalis . . . . *a*) megas 836-839 (1567-61);
b) medius 1364 (1474);
c) parvus 807-1361 (1300-1235).
2. Id. orbicularis. . . *a*) medius 1400 (1411);
b) parvus 1399-1345 (1269-1164);
3. Id. sphenoidalis. . *a*) medius 818-1366 (1357-1416);
4. Id. quadratus. . . *a*) medius 835 (1395);
5. Id. pentagonalis . *a*) parvus 801 (1230);
6. Id. rhomboidalis . *a*) micros 800 (1142).

Sphenoides megas 2, medius 7, parvus 4.
1. Sphen. *a*) megas 1398 (1598);
2. Id. rotundus *a*) megas 799 (1520);
b) medius 789-795, 842, 834, 793, 1363, 1343 (1489-1371);
c) parvus 787, 788, 840, 803 (1307-1209).

Cuboides: 1. *a*) parvus 831 (1351).

Pyrgoides 843 (1364): 1. *a*) medius.

Pentagonoides: Tent. oblungus: *a*) medius 841 (1424);
b) parvus 1367 (1301).

Cylindroides: *a*) parvus 826 (1273).

Prof. **P. Pellacani** (Bologna):

Morfologia di alcune anomalie del cranio.

A nome del dottore R. Del Vecchio (Bologna), comunica anzitutto « una anomalia del condilo occipitale in grassatore omicida ».

Il cranio in esame, appartenente ad un criminale, e di cui mostro la fotografia, è uno Sphenoides rotundus, secondo Sergi; è piccolo in generale,



con ampii seni frontali — Parietali larghi nelle bozze: trapassano in un ampio occipite — Plagiocefalia di leggier grado — Cresta che dall'angolo esterno dell'orbita tocca lo stefanion — Suture molto avanzate nella saldatura: la sagittale quasi completamente chiusa; meno chiusa la lambdoidea, che lascia scorgere ancora parecchi vormiani — Forti apofisi spinose dello sfenoide, ricurve verso l'ala pterigoidea — Pterion in H — *Condili occipitali a due facce, l'una orizzontale posteriore, l'altra verticale anteriore* — Ampii zigomi — Larga mascella inferiore — Prognatismo dentario ed alveolare lieve — Dente incisivo laterale destro inferiore che ha carattere di canino.

Come già ho accennato, i condili occipitali in questo cranio, in luogo della solita faccia articolare unica, presentano due facce distinte: l'una anteriore verticale che si continua allo innanzi con la porzione basilare dell'occipite, l'altra posteriore orizzontale. Naturalmente ho potuto dimostrare la incrostazione cartilaginea della superficie anteriore suddetta.

L'angolo formato dall'incontro delle due facce articolari è diretto in ciascun condilo dallo esterno all'interno, dall'indietro all'avanti e dall'alto al basso.

Così dicasi della faccia anteriore. La posteriore è più piccola all'esterno che all'interno: il suo limite esterno misura mm. 7, l'interno mm. 12. Nel

margine interno di quest'ultima faccia notasi, all'incirca nel suo punto mediano, una lieve incisura limitata in addietro da una corta e sottile spina.

La larghezza massima della faccia posteriore è di mm. 15, la lunghezza di mm. 12. La larghezza massima della anteriore è di mm. 14, la lunghezza di mm. 10.

Volendo ricercare una spiegazione soddisfacente circa la genesi della anomalia che forma l'oggetto del presente studio, bisognerebbe risalire alle opinioni che furono espresse intorno allo sviluppo dell'osso occipitale.

Secondo i dati embriologici le due faccie articolari riscontrate nel condilo occipitale corrisponderebbero per situazione e direzione alle origini embrionali dei condili stessi, e precisamente la faccia anteriore alla porzione basilare dei condili, la posteriore orizzontale a quella che trae diretto sviluppo dal nucleo condiloideo.

Sarebbe difficile immaginare che alla anormale forma dei condili, quale io l'ho descritta, non dovesse corrispondere una analoga anomalia nella superficie articolare superiore dell'atlante.

Di ciò non m'è possibile avere la prova palese ed irrefutabile, quale solo mi potrebbe esser fornita dalla osservazione diretta dell'atlante corrispondente ai condili suddetti.

Tuttavia, se tale dimostrazione assoluta vien meno, non la sola presunzione mi rimane; ma a conforto di questa varrà il fatto dell'aver io potuto riscontrare, nel museo anatomico di Bologna, riprodotta esattamente in un atlante, la forma dei condili a due facce. In questo atlante esistono precisamente due piani articolari superiori: l'uno verticale anteriore, l'altro orizzontale posteriore; sì in un lato, che nell'altro.

Nè si creda che in questo caso si abbia semplicemente un'esagerazione della normale concavità che trovasi nella superficie articolare superiore, concavità soggetta, come è noto, a grandi variazioni; giacchè, come nei condili dell'occipite, la faccia anteriore verticale forma un angolo marcatissimo e pressochè uguale al retto con la faccia posteriore.

Quale l'origine dell'anomalia di cui trattiamo?

Da ricerche fatte nel museo di anatomia veterinaria annesso a questa Università, dove mi fu cortesemente concesso di osservare buon numero di cranii di animali, vidi perfettamente confermata l'ipotesi che le aveva consigliate. Non in una soltanto, ma in molte di specie animali mi fu dato riscontrare esattamente riprodotta la forma di condili occipitali a due facce, quale fu superiormente descritta: in talune più, in altre meno marcata, ma pur sempre manifestissima.

Gli animali nei quali più si osserva evidente questa forma di condili, sono i ruminanti; vengono poi i solipedi, i suini ed i carnivori. In questi ultimi peraltro, anzichè una vera divisione in due facce, si scorge una convessità notevolissima dei condili, che li avvicina alla forma esistente normalmente nell'uomo, e più ancora a quella delle scimmie.

I loro condili rappresenterebbero quindi una forma di passaggio fra i più prossimi parenti zoologici dell'uomo e gli altri animali sopraddetti; il che si accorda pienamente col posto che occupano i carnivori nella scala zoologica. Nel seguente specchietto indico la variazione progressiva dei condili osservati.

Ruminanti	Solipedi	Suini	Carnivori
Bue, Cavallo, Capra, Pecora	Cavallo	Maiale	Cane, Gatto

Si noti però che fra i condili dei solipedi e dei suini da un lato, e quelli dei ruminanti dall'altro, non esiste che una minima differenza, la quale forse in una media stabilita con la osservazione di un numero molto grande di cranii si eliminerebbe completamente.

Presenta quindi il professore Pellacani diverse forme anomale dei condili occipitali, alcune delle quali studiate dal punto di vista morfologico-genetico.

Sesta Seduta.

4 Aprile 1894, ore 9.

Presidente: Prof. L. De Crecchio (Napoli).

Prof. **P. Pellacani** e dott. **Folli** (Bologna):

Questioni medico-forensi relative alla cronologia delle morti.

Irritabilità dei muscoli lisci in confronto degli striati *post-morten.*

È su questo fenomeno che da tempo si è portata l'attenzione nel primo tempo della morte per determinazioni cronologiche insieme a quelle della temperatura centrale e periferica, dei movimenti residuali negli elementi contrattili, ecc.

Però a chi consideri la ricca letteratura dell'argomento riferita più o meno in dettaglio nei libri destinati al pratico, si accorge della difficoltà del problema specialmente per le molte opinioni espresse relativamente a questo decorso di fenomeni. Sopratutto mancano precise indagini sul comportamento dei muscoli lisci in confronto degli striati. Le ricerche di Oecimus, di Eppinger e di Nysten non si accordano nei loro risultati.

Come è noto, secondo Nysten, il decorso della scomparsa della irritabilità muscolare post-mortem sarebbe il seguente:

1. Ventricolo sinistro del cuore — Pochi minuti post-mortem. (Non è detto per quali stimoli e di quale intensità).
2. Intestino crasso 40′ a 50′ post-mortem, quindi stomaco ed intestino tenue.
3. Vescica urinaria.
4. Ventricolo destro del cuore — Un'ora post-mortem.
5. Esofago un'ora e mezzo post-mortem.

6. Iride un'ora e 45'.

7. Quindi i muscoli striati incominciando dal tronco, arti inferiori e quindi superiori.

Massima durata dell'irritabilità dei muscoli striati 27 ore.

Ma questa legge del Nysten, che sarebbe di tanta importanza nello argomento della cronologia della morte, è presto contradetta da Occimus, il quale osserva che il tempo di durata dell'irritabilità secondo Nysten è in generale troppo breve, e trova di più che l'intestino non avrebbe avuto un collocamento esatto per ciò che egli lo ha visto contrarsi dopo 6 ore. Riferisce anzi una osservazione di Lamarre, secondo la quale l'irritabilità dell'intestino sarebbe durata 10 ore.

I muscoli striati poi secondo Occimus resterebbero irritabili da tre a 5 ore colla corrente indotta, e di più per la costante o per eccitamenti chimici e meccanici.

Anche Robin nel 1869 attaccò la legge di Nysten, osservando che questo autore ha troppo limitata l'epoca di durata nell'irritabilità del cuore. Dà poi come termine massimo di durata dell'irritabilità nei muscoli striati 6 ore.

Dove v'ha accordo completo fra gli osservatori si è nel fatto che la irritabilità è al massimo influenzata dalle condizioni nutritive del tessuto muscolare; brevissima se l'agonia fu lunga, la malattia esauriente ecc.

Non vi ha punto accordo invece nel limite di durata della irritabilità tanto che Occimus, cui si riferiscono, in generale, le notizie raccolte nei trattati destinati alla pratica, non crede la irritabilità possa persistere nell'uomo più di 3 a 5 ore al massimo, nei muscoli striati, tenendo pur conto di circostanze intrinseche all'organismo e di estrinseche, quali temperatura, umidità, ecc.

Secondo Occimus il diaframma, i muscoli della lingua, sono i primi a divenire ineccitabili 2 a 3 ore post-mortem; poi quelli della faccia, poi gli estensori delle membra, quindi i flessori. Non si avrebbero differenze fra i muscoli degli arti superiori e degli inferiori. Infine i muscoli del dorso dopo 5 a 6 ore perderebbero l'eccitabilità. Ognuno vede quanto siano distanti dai dati di Nysten, cioè delle 27 ore di durata dell'irritabilità.

Sertoli fino a 5 giorni ha visto irritabile il muscolo retrattore della verga del cavallo. ma in condizioni specialissime, quali la conservazione in siero sanguigno omogeneo.

Ma ecco le osservazioni di Eppinger scostarsi dalle conclusioni dell'Occimus. Ragione precipua della discrepanza dei dati di tanto interesse per la medicina legale pratica è la diversità delle condizioni dei singoli cadaveri sui quali cadde l'osservazione. Eppinger trae il suo materiale dalle morti comuni patologiche concludendo per una durata di 4 ore della irritabilità muscolare nelle malattie rapide. Jeanselme e Lermoyez traggono le loro conclusioni da cadaveri di colerosi, e queste si scostano pure da quelle degli autori precedenti.

Per le ragioni esposte le nostre osservazioni furono fatte tanto negli animali che nell'uomo in precise circostanze di morti violenti rapidissime, ponendoci così nelle condizioni stesse della ricerca medico-forense nei casi pratici di determinazione cronologica della morte nel primo periodo delle morti violenti. I dati numerosi da noi raccolti sugli animali uccisi per emor-

ragia o per asfissia ci hanno anzitutto fatto vedere l'importanza di bene determinare caso per caso la natura e le condizioni dello stimolo. Quindi ci siamo attenuti per lo stimolo faradico alla corrente svolta da un elemento Daniell e ad una slitta campionata secondo i dati del Congresso internazionale di elettricità fabbricata dal Krüger di Berlino. L'intensità delle correnti costanti viene indicata in *milliampere*.

Data una temperatura esterna da +10 gradi a +20 c. noi osserviamo:

I. Nelle prime 3 ore scomparire l'irritabilità anche per stimoli fortissimi (corrente indotta = 0 della slitta, corrente costante = 15,000 ampere) nei muscoli dell'addome.

II. Nelle prime 4 ore nei muscoli del petto.

III. Nelle prime 5 ore nei muscoli degli arti estensori e flessori, e nei muscoli del collo.

IV. Nelle prime 7 ore nell'orbicolare dell'occhio.

V. Nelle prime 10 ore nel muscolo massetere e nella faccia.

VI. Stomaco, intestino, vescica urinaria, parte liscia dell'esofago abbiamo visto rispondere ai suddetti stimoli fino a 72 ore post-mortem, con segni evidenti di putrefazione incipiente. Come si comprende, i muscoli rispondono a minore intensità di stimoli nelle prime ore post-mortem. Ultimo a scomparire è l'effetto delle eccitazioni meccaniche, come aveva affermato Occimus.

Nell'uomo mai si osserva una irritabilità muscolare paragonabile per durata a quella degli animali. Sempre però nei muscoli lisci una irritabilità che si protrae più a lungo che negli striati; e ciò come regola, anzichè come eccezione, come finora si era affermato.

Abbiamo scelto per le ragioni svolte come materiale d'osservazione quello delle morti rapidissime. Così in un uomo di 30 anni morto in poche ore per contusione grave dei centri nervosi nell'aprile 1892 abbiamo osservato a temper. +20: dopo 8 ore dalla morte ineccitabili colle più forti correnti faradiche e galvaniche, nonchè cogli stimoli meccanici, i muscoli degli arti superiori ed inferiori, quelli dell'addome, del petto, ed il ventricolo sinistro del cuore. Invece eccitabili con corrente indotta uguale ad 8 della slitta l'orbicolare delle palpebre, i muscoli del collo, il ventricolo destro del cuore. Ultima a scomparire l'irritabilità dello sternocleido 9 ore post-mortem. Stomaco, l'intestino tenue e crasso, vescica urinaria irritabili 24 ore post-mortem e fino a 48 ore per stimoli meccanici.

In casi di morte improvvisa per emorragia cerebrale, in un caso di embolismo cerebrale, in un altro caso di morte per schiacciamento del petto e contusione grave degli organi toracici, condizioni le più omogenee rispetto alle morti violenti dell'uomo, noi abbiamo raccolto una serie di dati che confermano le circostanze esposte sul modo di comportarsi dei due sistemi di muscoli rispetto alla irritabilità post-mortale.

Cioè, nelle prime 10 ore post-mortem scompare di regola la irritabilità in tutti i muscoli striati nell'ordine che abbiamo indicato, iniziandosi cioè la scomparsa dei muscoli dell'addome, del petto, passando poi a quelli degli arti, al ventricolo sinistro del cuore, quindi ai muscoli del collo, della faccia, al ventricolo destro. Pei muscoli lisci lunga durata dell'irritabilità fino a 48 ore per stimoli meccanici, e tanto più sicuramente lavando l'organo a fibre liscie con soluzione di cloruro sodico a 0.75 per cento.

Noi ritroviamo quindi che la legge di Nysten quale corre nella scienza e nella pratica della medicina legale debba essere profondamente modificata in ordine al comportarsi della irritabilità dei due sistemi muscolari.

Che la legge di Occimus relativa ad un supposto decorso discendente nei fenomeni della morte sia del sistema nervoso come del muscolare, non sia punto costante; che per le nostre esperienze non sia provato che il midollo spinale perda l'irritabilità dopo del cervello.

In ogni modo la scomparsa dell'irritabilità nel sistema muscolare non convalida il supposto ordine discendente nei fenomeni della morte. Secondo Occimus questa legge di discendenza della morte dai centri nervosi ai muscoli più lontani sarebbe espressa dai rapporti seguenti:

Diaframma (1 ora), lingua (2 ore), muscoli della faccia (2 ore e mezzo a 3 ore), estensori degli arti (6 ore), flessori (7 ore), muscoli del tronco (7 a 8 ore). Per noi invece, per quanto abbiamo detto, sarebbe piuttosto a parlarsi di decorso ascendente anzichè discendente nei fenomeni della morte.

Discussione

Prof. U. **Mosso** (Genova): Chiede: 1° delle spiegazioni sul metodo adoperato per l'eccitamento elettrico dei muscoli; 2° se nei diversi avvelenamenti l'eccitabilità muscolare *post-mortem* mostra delle variazioni.

Pellacani: Ringrazio il collega ed amico professor Mosso delle sue due osservazioni.

Alla prima rispondo che l'argomento della irritabilità muscolare negli avvelenamenti non forma oggetto di questa comunicazione. Posseggo osservazioni molto interessanti su questo argomento, che se ci fosse il tempo potrei comunicare a questa onorevole Assemblea.

Alla seconda osservazione e domanda relativa alla misurazione delle interruzioni che dà la nostra slitta, ricordo al collega le specialissime condizioni nelle quali noi facciamo le nostre indagini nei cadaveri. Nei casi nostri abbiamo operato nelle peggiori condizioni. Noi possiamo pretendere nella pratica che il perito forense possa sui proprii strumenti eseguire quelle fine indagini che sono possibili nei laboratorii di fisiologia e di fisica. Io credo che all'esattezza della ricerca bastino le indicazioni che ho dato sulla qualità ed intensità degli stimoli.

Assume la presidenza il professore D. Toscani (Roma).

Prof. A. **Cugini** (Parma):

Sopra centoquaranta cranii di delinquenti.

Nel primo Congresso internazionale di antropologia criminale nel 1885 in Roma fu formulato un voto, che era preceduto dalla seguente considerazione:

Riconoscendo che soltanto le idee sufficientemente maturate possono penetrare nella vita pratica, e soltanto in virtù delle loro proprie forze; un'idea che ha fatto e fa molto parlare di sè, ma ancora non è entrata nella vita pratica, e soltanto in virtù delle proprie forze, è se esista o no un

tipo cranico criminale. È appunto a quest'idea che intendo di portare il mio contributo, riferendo i risultati delle osservazioni da me fatte, insieme al mio assistente dottore Anselmi, su 140 cranii di delinquenti appartenenti al mio Istituto di medicina legale. In questi ho tenuto conto di tutti quei dati anatomici, che dagli altri osservatori furono valutati in cranii di delinquenti, ai quali taluni altri ho creduto opportuno di aggiungerne, perchè mi sembravano non meno importanti, per quanto dagli altri osservatori non calcolati. A questi diversi caratteri anatomici ho cercato di associare alcune note individuali biografiche, che per la maggior parte dei miei delinquenti ho potuto ottenere mercè la gentilissima cooperazione del prefetto di Parma, e della maggior parte dei suoi colleghi. Presento dunque i risultati di tutte quelle mie osservazioni, e ciascuno di essi confronto col maggior numero di tutte quelle altre risultanze, che in materia furono raggiunte da tutti gli altri osservatori a me noti; e questo così a proposito dei cranii di normali, come di delinquenti. E dopo questa presentazione dei miei risultati e del confronto loro cogli altri fin qui pubblicati, conchiudo che questo tipo cranico criminale non è conceduto ancora di poter dire che veramente si può e si deve ammettere. Occorre pertanto continuare negli studii e nelle osservazioni, perchè la quistione che riguarda il tipo cranico criminale abbia modo di maturare in un senso o nell'altro.

Discussione

Dott. **De Sanctis** (Roma): Debbo fare molte osservazioni contrarie a ciò che ci ha detto il professor Cugini. Innanzitutto, io non trovo che statistica; non trovo invece conclusioni. Vorrei sapere quanti e quali caratteri *patologici*, quanti e quali caratteri *degenerativi* e di *varietà* ha trovato il Cugini nei suoi cranii. Se noi non distinguiamo tali caratteri correremo rischio di dichiarare *reversivo* un cranio che non è che rachitico, per esempio. Insisto poi sui caratteri antropologici di varietà. Questi si possono studiare meglio che con qualsiasi altro metodo, col metodo del Sergi. Son dispiacente che il Cugini non accetti questo metodo. Io non dico che si deve dogmaticamente credere al metodo del Sergi; dico però che classificare, come ha fatto il Cugini, i cranii di delinquenti alla stregua dell'*indice cefalico* è inutile, assolutamente inutile.

Prof. S. **Ottolenghi** (Siena): Il professor Cugini ci fornisce un materiale preziosissimo; ma non posso accettare le sue conclusioni generali perchè in tali generi di osservazioni occorre che lo stesso osservatore faccia contemporaneamente i suoi studii sui normali della regione a cui appartengono i criminali che studia; è poi erroneo concludere sulle disparazioni dei risultati dei diversi osservatori, poichè tali risultati non sono mai comparabili per i diversi paesi in cui sono fatte le osservazioni e pei diversi metodi di esame.

D'altra parte occorre ricordare che il tipo criminale non risulta dalla proporzione maggiore o minore di una data anomalia, ma dal trovarsi riuniti molti caratteri degenerativi in uno stesso cranio di individuo non malato, non pazzo, ma criminale. E in favore dell'esistenza di questo tipo

criminale, in questo modo inteso parlano eloquentemente le bellissime osservazioni comunicate dal professor Cugini, come quelle comunicateci ieri dal Pellacani e dal Coraini.

Dott. L. **Roncoroni** (Torino): Osserva che l'essersi trovata la fossetta occipitale proprio in maggioranza negli assassini è una prova del fatto che essa rappresenta veramente un grave carattere degenerativo. Prega il professor Cugini di mettere in rapporto l'eredità patologica col numero dei caratteri degenerativi.

Cugini: Le conclusioni che mi domanda il dottor De Sanctis e che mi fa carico di non avere presentato, egli non poteva aspettarsele da me, perchè non facevano parte per nulla dell'obbiettivo che si proponevano le mie osservazioni, e che ho bene nettamente dichiarato sul principio della mia comunicazione. Non mi sono servito della classificazione del Sergi, per un motivo che pur questo ha dichiarato: fino a quando pel tipo cranico si manterrà in Italia dal maggior numero, e pressochè da tutti all'estero, non comprenderò come si possa chiamare inutile un metodo dalla quasi totalità degli osservatori adottato.

Quanto alle obbiezioni del professore Ottolenghi rispondo che appunto perchè i risultati delle osservazioni craniche non sono comparabili che fra individui della stessa zona d'Italia, io ho confrontato i miei risultati con quelli di tutti gli altri osservatori che si trovavano pertanto ad osservare in luoghi diversi della nostra patria. E ciò ho fatto tanto rispettivamente ai cranii dei delinquenti, quanto a quelli dei normali.

Accetto poi ben volentieri la preghiera che mi presenta il dottor Roncoroni di mettere in rapporto l'eredità patologica col numero dei caratteri degenerativi, fin dove almeno mi sarà possibile.

Prof. L **Mandalari** (Messina):

Perturbamento morale di origine epilettica con emiplegia ed emianestesia.

Ho creduto di riferire, in seno a questo onorevole Consesso, un caso di perturbamento morale epilettico, che credo importante dal punto di vista della responsabilità avanti alla legge.

Paolo Santi, da Giojosa Jonica, è imputato avanti alla Corte d'assise di Reggio Calabria di omicidio volontario.

Riferirò in breve i motivi della perizia.

Mentre una sera l'imputato, barrocciaio, faceva ritorno in paese, venivagli fatta dai carabinieri contravvenzione per non avere acceso i fanali della carrozza. Per tale motivo, montato in collera, dato ferocemente di piglio ad un coltello a manico fisso, in men che si dica freddava uno dei carabinieri, ed avrebbe certamente anche ucciso l'altro se le prime persone accorse non fossero state leste a togliergli di mano l'arme omicida.

L'altro carabiniere però rimaneva gravemente ferito.

Il cinismo dell'imputato nel compiere il delitto fu dei più ributtanti; allontanandosi dal luogo della strage, rivoltosi agli astanti e ad un suo

figliuoletto quindicenne, disse: « Perchè non mi fate succhiare il sangue a tutti e due? »

La futilità del motivo, la impulsività e la ferocia dell'atto, i precedenti dell'imputato, a tutti noto in paese per un accattabrighe, rissoso, collerico, balzano, manesco ed impulsivo per un nonnulla, fecero nascere il sospetto alla difesa che l'imputato non fosse normale di mente.

Dal dibattimento emerse in modo positivo che l'imputato, mentre precedentemente era buono, affettuoso co' suoi, di carattere mite ed equilibrato, da un certo periodo di tempo era divenuto rissoso, collerico; appena contraddetto, anco in cose da nulla, o leso ne' suoi personali interessi, scattava come un furibondo, minacciando altri della vita, non esclusa la moglie ed i suoi figli, che egli quotidianamente bastonava e maltrattava. Per questa sua condotta era stato parecchie volte in carcere, ed era guardato a dito in paese e temuto da tutti, financo dal sindaco del paese, il quale, fu detto, non gli faceva nemmeno pagare le tasse comunali per paura.

Fu anche assodato che l'omicida ha figli malaticci, lunatici, convulsionarii, specialmente il primo di questi, già grandicello, buono a nulla, perverso, rissoso con i compagni, molesto in iscuola.

Nulla dal punto di vista ereditario; anzi si seppe che la famiglia di lui è formata di buona gente, stimata da tutti in paese per le sue qualità morali.

Da un esame praticato fu rilevato:

Individuo piuttosto alto, di anni 40, ma in apparenza già vecchio. Cranio a tipo dolicocefalo. Niuna nota degenerativa al cranio o alla faccia. Ateromasia alle temporali ed alle radiali. Calvizie.

Sul punto ove risponde il lobulo paracentrale si rileva una cicatrice della grandezza d'un soldo, aderente all'osso, con avvallamento limitrofo. Questa cicatrice spesso si riacutizza, tanto che al momento della osservazione era anche sanguinante, e deve la sua origine a ferita grave riportata alcuni anni addietro per caduta.

Interessante fu trovato il vario comportarsi delle funzioni nervose. Emianestesia ed emianalgesia destra più notevole al volto, quasi completa. Ipoacusia a sinistra. Funzione visiva normale, come pure quella gustativa ed olfattiva.

Emiplegia destra non completa, non essendovi compromissione dei muscoli del volto. L'individuo è destromane.

Riflessi normali. Pupille asimmetriche; reazione pupillare agli stimoli dolorifici, minore a sinistra.

Niun disturbo negli elementi psichici e nevropsichici del linguaggio. Dal punto di vista fisio-psicologico è interessante notare che l'imputato non ha presentato veruna alterazione o deficienza, anzi ha dato prova di non comune abilità ed astuzia durante il dibattimento, difendendosi molto opportunamente ed adducendo bene a proposito fatti a propria discolpa. È pienamente cosciente del delitto, che ricorda in tutti i più minuti particolari, e che spiega per la multa a lui inflitta dai carabinieri per loro cattiveria, per fargli una prepotenza.

Di questa asserzione non pare però convinto; gli è un motivo di scusa, e nulla più.

Con una parlantina da avvocato, mostra di possedere tutte le idee etico-giuridiche e tutte le nozioni delle persone bene educate e socievoli.

Mostra pentimento e rimorso del reato commesso; se il morto avesse adoperato più bei modi con lui, anco facendogli la contravvenzione, egli è sicuro non avrebbe dato in quel furore.

È completamente conscio della sua posizione avanti alla legge, del suo destino, e si difende mirabilmente allo scopo di ottenere dai giurati il beneficio della provocazione grave.

Tale la psicologia dell'omicida, come vedesi, del tutto, in quanto alla ideazione, normale.

Non v'ha dubbio che il trauma al capo divenne il momento etiologico d'irritazione meningo-encefalitica sulla zona della corteccia cerebrale, che è centro del movimento degli arti del lato opposto, come è altresì centro di sensibilità.

In ciò una conferma della nota legge sull'incrociamento dèi fasci piramidali e sulla dissociazione dei disturbi sensitivi, sensoriali ed emiplegici per lesioni della corteccia cerebrale, le quali, come si sa, non producono che raramente emiplegia ed emianestesia completa ed intensa, ma un complesso di disturbi dissociati.

Le circonvoluzioni sottostanti al parietale sinistro, non solo presiedono assieme alle altre circonvoluzioni limitrofe, ai movimenti ed alla sensibilità, ma sono eziandio sede della massima azione epilettogena.

Qualunque stimolazione abnorme o patologica su questi centri determina stati epilettoidi, più o meno accentuati e completi, dalla limitata epilessia parziale a quella classica, che riassume e sintetizza tutte le aberrazioni motorie, sensorie e psichiche, cui per degenerazione epilettica si può andare incontro.

Non era quindi punto a dubitare che ad uno stato di degenerazione epilettica doveasi rannodare il carattere collerico, impulsivo, fiero, egoista dell'imputato, la cui personalità era ad annoverarsi fra le patologiche.

Può, alla stregua delle nuove vedute sulla epilessia e sulla follia morale, venir considerato l'imputato come un malato dal punto di vista psichico, e quindi come un folle morale?

A me è sembrato di sì, non essendo per la moderna psicologia le idee il movente delle azioni, ma il sentimento che accompagna quel complesso di processi organico-psichici che provocano l'azione; che l'imputato, pur possedendo normali le idee morali e conservando completo nella sua mente tutto l'edificio delle nozioni sociali ed etico-giuridiche acquistate nell'ambiente in cui visse, ciò non è sufficiente per fare di lui una personalità morale e sociale; egli è necessario che il sentimento ed i processi provocanti l'azione abbiano tale energia da vincere le tendenze primitive, egoiste, antisociali.

Non è per le idee e per le nozioni astratte che si è buoni o cattivi, sociali o delinquenti: egli è necessario qualcosa di più; e nell'omicida da me visto, accanto alle normali facoltà psichiche considerate nella loro statica, esiste nel campo del dinamismo una patologica violenza e repentinità per cui abitualmente ei si abbandonava a scatti improvvisi, feroci e selvaggi a detrimento sempre del ragionamento, il quale, in date circostanze, quando sono in giuoco personali interessi, si ottenebra e fallisce. La caratteristica del caso, a me pare, consista in ciò che la emozione, in un dato momento, soverchia le idee morali ed esplode, convulsivamente, in atti inconsiderati ed impulsivi.

Tratterebbesi, secondo le mie vedute, di un caso di follia morale non intellettiva, ma affettiva, e non di quelle più comuni, nelle quali fanno anche difetto le idee morali, ma di quelle più limitate, meno dissolutive, ledenti il solo meccanismo delle azioni.

Io non entrerò nella questione tanto dibattuta se nella follia morale completa, tanto affettiva che intellettiva, la deficienza riguardi le sole idee etiche, ovvero se tale deficienza sia generalizzata ed intacchi tutto il patrimonio ideativo.

Dirò solamente in proposito che in tutte le forme morbose psichiche la intensità fenomenica è varia, a seconda della estensione del processo morboso che sta a base, e che, nel caso in esame, non v'è perdita isolata e specifica del patrimonio etico generale; la lesione si limita ai sentimenti e, conseguentemente, alle determinazioni.

A me è sembrato pertanto che il meccanismo del reato fosse rappresentato da condizioni patologiche di violenta ed abituale sovreccitabilità nevro-psichica e da una impulsività e violenza proprie delle personalità epilettiche, non una epilessia nel senso ordinario della parola, nè motoria, nè psichica o larvata, ma una individualità, una personalità epilettica, se non del tutto, un carattere epilettico, si è svolta sulla base di generale irritabilità del sistema nervoso e d'irritazione della corteccia cerebrale. In queste condizioni devesi trovare la cagione precipua del morale perturbamento che diè luogo al reato.

L'indole epilettica diventa evidente per la sede corticale del processo irritativo (lobulo paracentrale, terzo superiore della C. F. ascend. e due terzi superiore della P. ascend.) per la ferocia, la violenza, la impulsività convulsiva dell'atto criminoso, per tutto quello insieme di automatismo che caratterizza la degenerazione epilettica, il cui meccanismo d'azione è di determinare una soppressione dei poteri d'arresto che sulle tendenze istintive, egoiste, passionate, debbono normalmente avere i sentimenti morali. Che se non v'è identità assoluta fra epilessia e follia morale, niuno però più ne dubita, a meno che non sia cieco, sulle strette analogie e sui rapporti intimi che esistono fra le due forme della psiche morbosa. E, nel caso in esame, è manifesta la diretta dipendenza del perturbamento morale dalla condizione epilettica, la quale è stata anche cagione di generale, precoce involuzione.

Una sola parola dirò dal punto di vista del meccanismo della responsabilità.

L'imputato è un infermo della psiche, nelle facoltà più evolute di quest'organo, in quel che è norma di condotta. Egli sa e sente, nelle condizioni ordinarie, quando alcuna lotta psichica non esiste, come deve agire per non urtare nelle leggi sociali, ma eventualmente, è incline all'ira e ad un sentimento di collera soverchiatrice che dà la spinta a scatti repentini e violenti per disorganizzazione patologica di quegli elementi nevro-psichici, la cui funzionalità è freno alle tendenze passionali.

Da tale condizione di lesa personalità scaturisce uno stato di esagerata per quanto frequente instabilità ed eccitabilità ed emotività che rendono il soggetto impulsivo e delinquente. Il reato perciò cade nell'ambito di azione delle epilessie, ed il suo meccanismo non è dissimile da quello per cui si determinano gli stati convulsivi per lesione encefalica, per uno stato

di iperattività parossistica delle cellule della sostanza corticale. Essendo. secondo il vigente Codice penale, la coscienza e la libertà degli atti, gli attributi per giudicare della responsabilità, e non essendo tanto la coscienza che la libertà degli atti una entità psicologica, ma una condizione della psiche in diretta dipendenza dello stato in cui trovasi la zona grigia periferica della corteccia cerebrale, che è l'organo più centrale della coscienza, chiaro emerge che la demolizione morale cui l'imputato è andato incontro è di natura patologica e deve perciò il reato considerarsi alla stregua degli articoli 146 e 147 del vigente Codice penale. E in questi sensi ho concluso, e l'imputato è stato tradotto al manicomio criminale.

Discussione

Dott. S. **De Sanctis** (Roma): Nego la distinzione che fa l'oratore tra follia morale intellettiva e follia morale affettiva. Non capisco questa distinzione, come non capisco l'altra fatta dall'oratore tra personalità epilettica e carattere epilettico. Contrasto poi all'oratore l'affermazione essere caratteristica specifica dell'epilessia la perdita dell'energia inibitoria. Ricordi l'oratore l'automatismo isterico!

Dott. L. **Roncoroni** (Torino): Domanda se si può ammettere una differenza tra l'automatismo di natura isterica e quello di natura epilettica, in questo senso che l'automatismo isterico si manifesta con forme variabilissime da ora ad ora, mentre l'automatismo epilettico dà delle forme sempre simili tra di loro, così che l'epilessia si potrebbe chiamare un isterismo sistematizzato; tra le due forme esisterebbe quindi la stessa differenza anche per riguardo alla prognosi, come tra delirio sistematizzato e delirio semplice.

Mandalari: Ringrazio, anzitutto, gli egregi colleghi De Sanctis e Roncoroni della gentile considerazione che hanno avuto per la mia comunicazione:

1° Al dottore De Sanctis dirò che egli non ha ben seguito la mia lettura; io non mi sono mai sognato di credere che l'imputato fosse privo di senso morale, che egli avea anzi e che possedeva, tanto vero che sentì rimorso e dispiacenza vera pel reato commesso. Io ho creduto che la caratteristica fisio-psicologica dell'imputato consistesse non nella perdita delle idee morali e dei sentimenti morali che sono base del senso morale, ma in quel sentimento limitato che è norma della condotta. Io ho ammesso non una follia morale *in toto*, ma limitata in quei processi organico-psichici che sono moventi delle azioni.

La differenza poi che il De Sanctis mi fa fare tra carattere epilettico ed individualità o personalità epilettica non emerge dalla mia comunicazione. È quistione di vocaboli e nulla più.

In quanto allo automatismo dirò, che esso non è patognomonico della epilessia, esistendo pure in altre forme morbose della psiche, soprattutto nell'isterismo, come dimostrano i più recenti studii dei neuropatologi. Però una differenza ci è: nell'isteria l'automatismo prende quel carattere *poli-*

morfo cui s'informa l'isterismo. Ad ogni modo io mi sentivo nel dovere di tener conto di questo carattere e farne come il perno del mio giudizio: e la ragione è facile a comprendersi.

Assume la presidenza il Prof. DE CRECCHIO (Napoli).

Prof. A. **Severi** (Genova):

Se si formi idrogeno arsenicale nell'avvelenamento per arsenico.

È ritenuto da alcuno che nell'avvelenamento per acido arsenioso e suoi socii si possa formare dell'idrogeno arsenicale, ma non n'è stata data la dimostrazione. Una prima mia serie d'esperienze è contraria a codesta ipotesi. Ho fatto gorgogliare l'aria espirata da un cane avvelenato per arsenito di potassa in modo subacuto in una soluzione di nitrato d'argento, il quale non è stato menomamente ridotto. L'aria pure espirata da un cane avvelenato per arsenito di potassa in modo cronico non ha ridotto la stessa soluzione di nitrato d'argento: ora se nell'aria espirata vi fossero state anche traccie d'idrogeno arsenicale (AsH^3) volatile, questo avrebbe potuto con probabilità eliminarsi per la superficie polmonale e quindi ridurre il nitrato e solfato d'argento. L'aria espirata da un cane normale non riduce i sali suddetti d'argento.

Questa non è che una prima serie d'esperienze: altre ne saranno fatte anche di altra indole per mettere in luce se si abbia o no nell'avvelenamento per acido arsenioso o formazione di AsH^3.

Dott. R. **Nardelli** (Avezzano):

Parto doloso.

L'autore comunica un caso di parto clandestino avvenuto in latrina e ne trae conclusioni in ordine ai mezzi violenti per indurre l'aborto ed affrettare il parto, come altresì aggiunge alcune considerazioni psico-giudiziarie relative a tali evenienze.

Relazione della Commissione incaricata dalla Presidenza di riferire sul metodo per l'indagine del sangue a scopo forense presentato dal dottore Roncoroni.

La Commissione composta dei professori Luigi De Crecchio, Alberto Severi e Paolo Pellacani ha presa esatta cognizione delle pubblicazioni relative a quel metodo del dottore Roncoroni, non che assistito ad alcune sue dimostrazioni; infine ha proceduto ad esperienze di controllo mantenendosi nelle condizioni raccomandate dall'autore.

In riassunto il concetto che essa Commissione ha potuto formarsi del metodo del dottore Roncoroni è il seguente:

Premette la Commissione di non poter passare sotto silenzio alcune inesattezze occorse al dottore Roncoroni nella sua comunicazione stampata e verbale. Ad esempio, quella che il suo metodo si raccomanda nella pra-

tica medico-legale per ciò che la dimostrazione dei corpuscoli del sangue non riesce quasi mai nelle macchie antiche. La Commissione fa le sue riserve su questa ed altre affermazioni del dottore Roncoroni e viene senza altro alle sue conclusioni.

1. Come è noto, l'autore indica col nome di cristalli *a* dei prodotti di evaporazione dei liquidi usati, orange e fucsina acida; cristalli *b* invece quelli che sarebbero provocati dalla presenza contemporanea di sangue, o liquidi albuminosi. Sembra alla Commissione anzitutto erronea la designazione di cristalli. Si tratta di precipitati che possono solo da lontano simulare dei cristalli.

2. In ordine poi al significato specifico dei corpi *b* come caratteristici del sangue, sia per la loro abbondanza, sia per la disposizione, sia per la scomparsa, sia pei residui finali della reazione, la Commissione, sempre nei limiti di tempo messi a sua disposizione, ha potuto formarsi la seguente opinione:

Finora non è risultato un comportamento veramente specifico del sangue quale fu dal dottore Roncoroni affermato.

Anzi sembrerebbe tutto il contrario ove si accettino le parole stesse del Roncoroni a pagina 12 linea 5 della sua memoria pubblicata negli Atti della Accademia di medicina di Torino, dove è scritto: « L'ematina per sè sola, ed io ho fatto delle esperienze con eosina in soluzione alcalina, non dà la reazione ».

Senza entrare in merito alla esattezza dell'opinione riferita dal Roncoroni sulla struttura chimica dell'emoglobina, accettando il fatto che l'ematina non dà la reazione bensì i corpi albuminoidi, ne consegue di necessità che le formazioni giallognole arborescenti indicate dal Roncoroni quali caratteristiche del sangue non lo possono essere.

Perchè solo da un componente particolare e speciale del sangue sarà da attendersi una reazione caratteristica di questo liquido, mai da albuminoidi tanto diffusi nel mondo organico.

3. Ed a comprova di ciò nelle esperienze fatte dalla Commissione è risultato che una quantità di corpi organici possono provocare un comportamento somigliante a quello indicato dal Roncoroni pel sangue.

Che la stessa reazione finale indicata come specifica, e cioè quella riprodotta nella figura 3ª del citato lavoro, presenza cioè di granuli amorfi di colore rosso cupo, più o meno carico, non può essere specifica.

In conclusione non crede la Commissione che il metodo indicato dal dottore Roncoroni possa, per ora, avere applicazione sulle ricerche giudiziarie, pur lodando il tentativo del Roncoroni e lo spirito suo d'iniziativa, dal quale essa attende fatti utili e notevoli per la scienza e la pratica della medicina pubblica.

Discussione

Roncoroni: Osserva all'onorevole relatore che l'autore del metodo proposto crede realmente che la reazione sia caratteristica del sangue quando si tenga conto non di un preparato solo ma di tutta la serie.

L'obbiezione *a priori* che la reazione non può essere caratteristica del sangue perchè è dovuta alla globina propria dell'emoglobina, la quale non

è una sostanza caratteristica del sangue, non è decisiva, perchè la globina, quantunque sia un albuminoide, non è però identica agli altri, e si capisce quindi che dia una reazione speciale, tanto più trovandosi insieme ad altre sostanze.

Al professore Severi osserva che le reazioni in bianco fatte nelle identiche condizioni come quelle fatte con l'aggiunta di sangue non dànno nulla che si somigli a queste. Le differenze poi non sono solo di grado, ma qualitative, così che è permesso di fare la diagnosi della sostanza che si deve esaminare. Non è poi difficile la tecnica del metodo dal momento che non si tratta che di fare cristallizzare successivamente e con intervalli determinati alcune goccie di una soluzione.

Pellacani relatore: Il Roncoroni non ha trovato esatta la relazione da me estesa perchè: 1° Esso afferma, noi non abbiamo tenuto conto della sua dichiarazione, che cioè la convinzione che si ha presenza di sangue si ottiene solo esaminando una serie di preparati.

Non ho bisogno di ripetere quanto abbiamo affermato esplicitamente nella relazione stessa, cioè di avere sperimentato ponendoci nelle identiche condizioni del Roncoroni; 2° Osserva poi il dottor Roncoroni essere appunto caratteristica del sangue la sua reazione per ciò che la globina, uno dei componenti dell'emoglobina, è una globulina speciale del sangue.

La relazione risponde già a questa osservazione del dottore Roncoroni. Cosa è questa globina? Non abbiamo già accettato con beneficio di inventario questa teoria sulla costituzione dell'emoglobina? E come può assicurare il Roncoroni che non ci siano globuline con la proprietà della sua globina? E come va che senza la globina cosiddetta del Roncoroni si ha l'aspetto microscopico che esso ritiene caratteristico in una infinità di corpi?

Dott. **E. Coraini** (Bologna):

Ricerche tossicologiche su alcuni alcaloidi in rapporto alle quistioni delle ptomaine.

Dalla scoperta delle ptomaine e delle leucomaine fino ad oggi, molte quistioni sono state sollevate sull'influenza che possono avere questi corpi nella ricerca degli alcaloidi vegetali nei visceri, nei casi di veneficio.

È noto che usando i metodi di estrazione più perfezionati passano, non ostante i maggiori riguardi, insieme agli alcaloidi vegetali, sempre delle quantità di leucomaine e ptomaine.

I signori Ogier e Minovici, in un loro recente lavoro (migliorando ancora in qualche particolare il metodo di estrazione), impresero una serie metodica di estrazioni, da visceri freschi e putrefatti, di persone morte di malattie comuni. Sui residui (leucomainici e ptomainici) ottenuti, ricercarono le reazioni generali e specifiche degli alcaloidi, e pure trovando comportamenti analoghi, ma non identici, a quelli degli alcaloidi vegetali, conclusero che mai una leucomaina od una ptomaina avrebbe potuto simulare la presenza di un determinato veleno vegetale.

Essendo dunque noto che le leucomaine e le ptomaine possono disturbare le reazioni degli alcaloidi, mi pare una questione importante, special-

mente dal lato della pratica, quella di determinare in dettaglio e quantitativamente l'influenza che possono avere le leucomaine e le ptomaine sulle cosiddette reazioni caratteristiche colorate degli alcaloidi.

A questo scopo il dottor Paganini, nel nostro laboratorio di medicina legale, ricercò quanto delle singole leucomaine e ptomaine più comuni occorreva per impedire la reazione a minimo di un determinato veleno vegetale.

Il metodo è semplice. Si fa una soluzione titolata dell'alcaloide che si vuole studiare; si può prendere la base ad un sale dell'alcaloide. Si evapora in una capsuletta di porcellana un volume noto di detta soluzione, nel quale è contenuta la più piccola quantità in peso di detto alcaloide capace di dare la reazione colorata caratteristica: sul residuo si fa la reazione e si accerta così che la reazione riesce. Allora si mescola in una capsuletta la detta quantità di alcaloide ad una quantità *a*, per esempio, di neurina, si evapora e si prova nel residuo la reazione dell'alcaloide. Se la reazione è conservata, si prende di nuovo la nota quantità di alcaloide e si mescola ad una quantità *2a* (cioè doppia in zero) di neurina, e si tenta la reazione, e così di seguito fino a che la reazione manca.

Ed il medesimo si ripete per ogni singola leucomaina e ptomaina.

Il dottor Paganini estese le sue ricerche alla stricnina ed alla morfina; io ho studiato la veratrina e l'atropina.

Riporto solo alcuni dati:

Un cmc. di soluzione di solfato stricnico contiene cinque centesimi di milligrammo del sale, ed è la quantità più piccola capace di dare la reazione colorata caratteristica dell'alcaloide.

La reazione usata è quella del bicromato di potassa sciolto in acido solforico, con successivo colore blù, violetto e rosso ciliegia.

Ad impedire questa reazione occorre un centigrammo di neurina, di sarcosina, di allantoina; mentre basta ad impedirla (cioè a modificarla in modo da non essere più riconoscibile) un milligrammo di metilidantoina, di acidi biliari, di creatinina.

La reazione a minimo della morfina è data da 1 cmc. di una soluzione di cloridrato della base, il quale contiene cinque centesimi di milligrammo del sale.

Manca questa reazione quando la detta quantità è mescolata ad un centigrammo di sarcosina, di acido urico, di creatinina e ad un milligrammo di colesterina, di allantoina, di neurina.

Acido solforico ed un cristallo di molibdato di sodio a reazione blù.

La reazione a minimo della veratrina è data da 1 cmc. di una soluzione che contiene un decimo di milligrammo di cloridrato della base....

Manca la reazione con 24 milligrammi di granidina, con 16 milligrammi di guanina, con 7 milligrammi di xantina, con 4 di leucina o di neurina, con 2 milligrammi di allossantina.

La reazione a minimo dell'atropina è data da 1 cmc. di una soluzione della base che ne contiene un centesimo di milligrammo.

Questa reazione manca con 18 milligrammi di metilidantoina, con 13 milligrammi di leucina, con 5 milligrammi di guanina, con 3 milligrammi di neurina, con un milligrammo di allantoina.

(Rispetto ai risultati ottenuti, relativi alla veratrina ed all'atropina, devo far notare che le soluzioni delle leucomaine giacevano fatte da parecchi mesi).

Risulta da questi dati che la sensibilità della reazione colorata caratteristica di questi quattro alcaloidi rispetto ai corpi sperimentati è varia, e non era *a priori* prevedibile.

Io poi ho istituito una serie di ricerche relative ai residui leucomainici e ptomainici che si ottengono dalle estrazioni dei singoli organi.

Il metodo che ho seguito è quello che usarono i signori Ogier e Minovici, e che è in sostanza il metodo di Hass combinato a quello di Draghendorf.

Io non vengo qui a descriverlo particolarmente; voglio solo richiamare l'attenzione sulla difficoltà non piccola, cagione spesso di ritardo considerevole nelle manipolazioni, che si incontrava a vincere l'emulsionamento che si produce quando si agita il liquido idroalcoolico acido con etere di petrolio per l'asportazione dei grassi.

Io ho trovato un modo semplicissimo di evitare quest'inconveniente, ed il cui esito è sempre sicuro, indipendentemente dalla quantità del liquido e dell'etere di petrolio. « I due liquidi chiudo in un pallone ermeticamente con un tappo di sughero che porta un tubo di vetro a chiavetta, coll'estremo libero affilato e capillare. Riscaldo la boccia col tubo aperto a bagno-maria. Esce prima l'aria, poi escono vapori di etere di petrolio accensibili in forma di fiamma permanente quando tutta l'aria è cacciata. Allora giro la chiavetta e levo la boccia così chiusa. Si concentrano per il raffreddamento i vapori di etere di petrolio e si forma un vuoto. Per quanto si agiti la miscela, è impossibile la emulsione, perchè le bollicine che tenderebbero a formarsi, mano a mano s'aprono per la poca pressione entro la boccia. »

Secondo il metodo detto si hanno degli estratti finali di etere di petrolio, di benzolo, di alcool amilico, nei quali sono da ricercarsi certi alcaloidi, e così nell'etere di petrolio, ad esempio, la stricnina, nel benzolo l'atropina, nell'alcool amilico la morfina.

Ho incominciato le ricerche sopra il cervello.

La prima ricerca ho praticata sopra un cervello di individuo morto da marasma senile: cervello putrefatto per otto giorni in estate.

Gli estratti di etere di petrolio, di benzolo, di alcool amilico ho evaporati ognuno in una capsula di porcellana ed ho avuto de' residui abbondanti. A questi, vista la loro quantità, ho aggiunto rispettivamente cinque volte la quantità di stricnina, di atropina e di morfina capace di dare la reazione colorata caratteristica a minimo: la reazione è mancata.

La seconda ricerca ho fatta sopra un cervello fresco.

Il residuo lasciato per evaporazione dall'etere di petrolio fu scarso e non impedì la reazione a minimo della stricnina aggiuntavi. Invece furono molto abbondanti i residui lasciati dall'evaporazione del benzolo e da quella dell'alcool amilico.

In queste due ricerche io avevo usato acqua distillata una sola volta (mi ero assicurato che non contenesse alcaloidi) e reagenti (alcool, etere solforico, di petrolio, alcool amilico, ecc.) purificati con previo trattamento con acido tartarico e con successiva distillazione.

Io ho pensato allora che una parte dei residui provenisse dai reagenti: difatti ebbi residui dall'evaporazione di questi liquidi. Io ho cercato allora di mettermi in condizioni migliori. Ho distillata tre volte l'acqua nel pal

lone, ed ho purificati gli altri liquidi solventi trattandoli con HCl[1] (purificato per distillazione) e distillandoli. Nonostante ciò ho ottenuto residui dall'evaporazione dell'acqua distillata e degli altri liquidi, ma residui molto minori, quasi insignificanti.

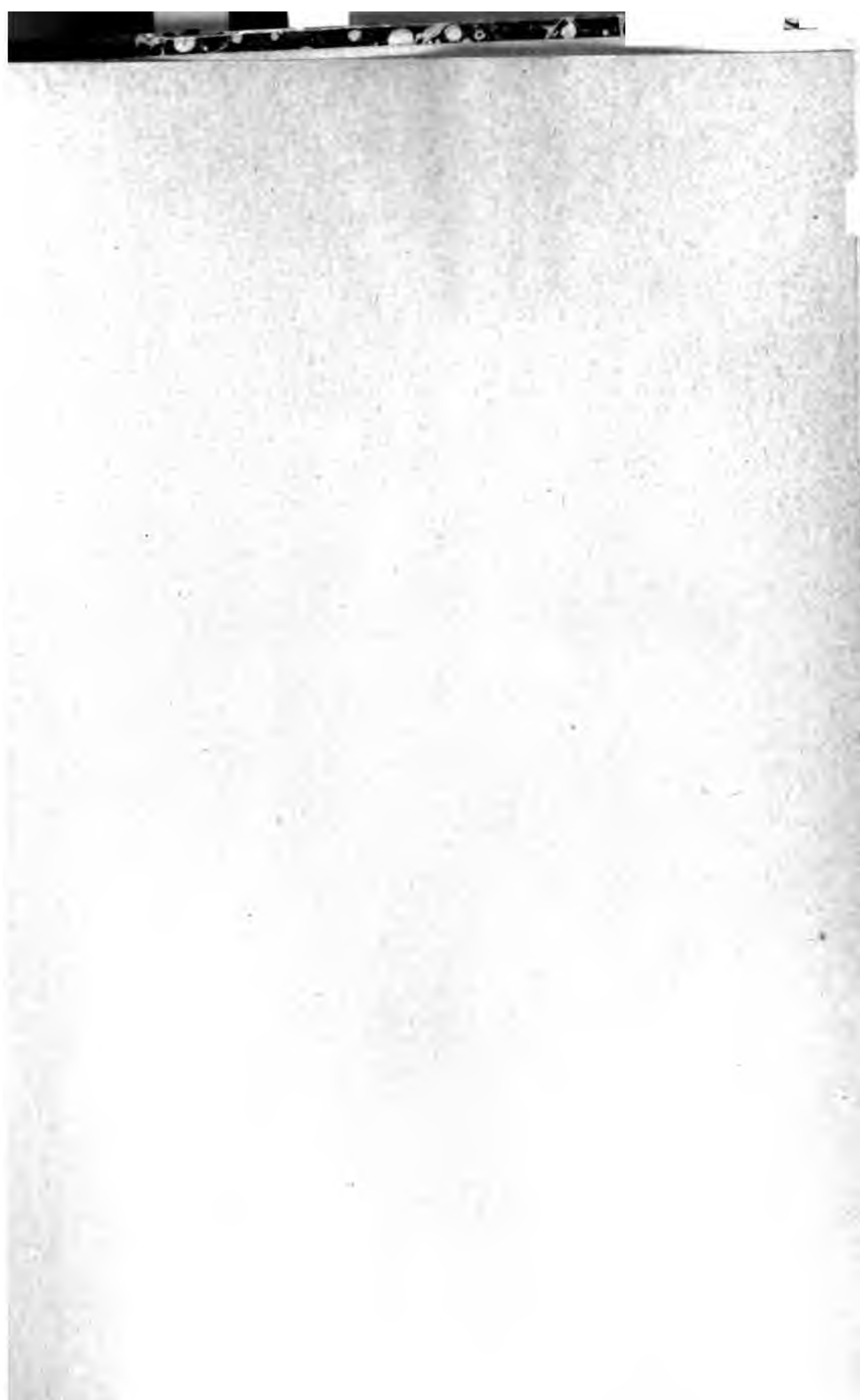
Ho ripetuto la ricerca sopra di un cervello fresco. L'estratto di etere di petrolio evaporato lasciò uno scarsissimo residuo che non impedì la reazione a minimo della stricnina aggiuntavi; invece l'estratto benzolico lasciò un residuo più abbondante, il quale impedì la reazione a minimo dell'atropina aggiuntavi.

Queste ricerche, che appena ho potuto incominciare, estenderò agli altri organi; ho creduto intanto che meritassero di essere comunicate, giacchè mettono in rilievo, a mio avviso, un fatto d'ordine generale, se non nuovo, però importante, e che cioè anche lavorando con tutte le cautele possibili, e sopratutto con una serie di solventi nel massimo grado di purezza, non è possibile impedire il passaggio di traccie di leucomaine e di ptomaine negli estratti degli organi che si praticano per la ricerca dei veleni e vegetali, e che queste quantità sono capaci d'impedire le reazioni caratteristiche colorate a minimo di alcuni alcaloidi.

Nelle condizioni attuali della scienza adunque, in cause di veneficio per principii vegetali, il risultato negativo dell'indagine chimica basato sul reperto delle cosiddette reazioni colorate caratteristiche non ha nessun valore per infirmare gli altri criterii di prova del veneficio medesimo.

I signori Ogier e Minovici conclusero nel loro lavoro più sopra citato che in ogni caso la presenza delle leucomaine e delle ptomaine negli estratti degli organi potrà in definitiva condurre piuttosto all'assoluzione di un colpevole, che alla condanna di un innocente; ed io pure, tenendomi in maggiore riserva, credo però che questo sia il risultato finale più frequente possibile in cause di veneficio da veleni vegetali.





LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

H106 International medical
I61 congress, 11th,
1894 Rome. 38663
v.5 Atti.
NAME DATE DUE

